

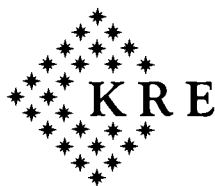
Az öngyilkosság szociológiája

Bálint Lajos
Bozsonyi Károly
Bódán Zsolt
Fülöp Andrea
Hegedűs Rita
Kmetty Zoltán
Moksony Ferenc
Nagy Gabriella
Osváth Péter
Palusek Erik
Pikó Bettina
Tóth Mónika Ditta
Zonda Tamás



Szerkesztette: Zonda Tamás, Bozsonyi Károly, Moksony Ferenc

AZ ÖNGYILKOSSÁG SZOCIOLÓGIÁJA



Károli Könyvek
tanulmánykötet

Sorozatszerkesztő: Sepsi Enikő

A szerkesztőbizottság tagjai:

Balla Péter, Bozsonyi Károly, Csanády Márton, Fabiny Tibor,
Homicskó Árpád, Kendeffy Gábor,
Kocsev Miklós, Sepsi Enikő, Szenczi Árpád, Törő Csaba

AZ ÖNGYILKOSSÁG SZOCIOLÓGIÁJA



SZERKESZTETTÉK

ZONDA TAMÁS – BOZSONYI KÁROLY – MOKSONY FERENC

Károli Gáspár Református Egyetem • L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2019

A kötet megvalósítását a Nemzeti Kulturális Alap támogatta.



Felelős kiadó: Sepsi Enikő, a KRE BTK dékánja
Károli Gáspár Református Egyetem
1091 Budapest, Kálvin tér 9.
Telefon: 455-9060
Fax: 455-9062

© Károli Gáspár Református Egyetem, 2019
© L'Harmattan Kiadó, 2019
© Szerzők, szerkesztők, 2019

ISBN 978-963-414-495-3
ISSN 2062-9850

A borítón Gálfalvy Hilda Sikoly című képe látható.

Kiadja a Károli Gáspár Református Egyetem és a L'Harmattan Kiadó
A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:

L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-1-267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu • webshop.harmattan.hu

IN MEMORIAM BUDA BÉLA

TARTALOM



Előszó	9
BÁLINT LAJOS: Az öngyilkosság vidéken és a városokban	13
BÁLINT LAJOS – OSVÁTH PÉTER: Iskolai végzettség és öngyilkosság	35
BÁLINT LAJOS: Az öngyilkosság térbeli aspektusai	59
BÓDÁN ZSOLT: Az öngyilkosságok néprajzi vizsgálatáról	97
HEGEDŰS RITA: Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálata	151
KMETTY ZOLTÁN – PALUSEK ERIK: Ünnepek, választások, sportesemények – Öngyilkossági trendek jeles napokon	163
MOKSONY FERENC: Társadalmi-gazdasági fejlődés és öngyilkosság	189
MOKSONY FERENC: Az öngyilkosság megelőzését célzó társadalompolitikai beavatkozások vizsgálatának módszertani kérdései	203
PIKÓ BETTINA: Vallás, lelki egészség, öngyilkosság	231
TÓTH MÓNICA DITTA – BÓDÁN ZSOLT – ZONDA TAMÁS: Öngyilkosság és kultúra – Régmúlt idők, távoli kultúrák, kisebbségek ma	259
BOZSONYI KÁROLY – FÜLÖP ANDREA – ZONDA TAMÁS: Öngyilkosságok és meteorológia	301
ZONDA TAMÁS – BOZSONYI KÁROLY – NAGY GABRIELLA: Az öngyilkosság- prevenció antidepresszáns teóriájának kérdései – Hazai és külföldi ökológiai vizsgálatok revíziója)	337
ZONDA TAMÁS: Az öngyilkossági statisztikák validitásának buktatói	363
A kötet szerzői	387

ELŐSZÓ



A szociológia tudományának előfutáraként a morálstatisztika már mintegy kétszáz évvel ezelőtt felhívta a figyelmet arra, hogy bizonyos viselkedések – köztük az öngyilkosság is – a különböző társadalmakban és társadalmi csoportokban eltérő gyakoriságot, s e tekintetben nagyfokú stabilitást mutatnak. Ma már széles körben (el)ismert, hogy a különböző deviáns magatartások előfordulási aránya társadalmilag meghatározott, a különböző társadalmak, társadalmi állapotok bizonyos viselkedések tekintetében – így az öngyilkosság vonatkozásában is – eltérő „hajlammal” jellemezhetők, vagy megfordítva: valamely társadalom öngyilkosságra való hajlama – vagyis öngyilkossági rátája – a társadalom állapotának megnyilvánulása. De mi az az állapot, amely így nyilvánul meg? Az öngyilkossági ráta, illetve a ráta változásai a társadalom különböző – sokszor nehezen megragadható – jellemzőinek, e jellemzők komplex rendszerének, az azokban bekövetkezett változásoknak következménye. Ilyen társadalmi jellemzők lehetnek például a társadalomra jellemző általános normaállapotok – azok hatóereje, strukturális problémái vagy éppen harmóniája – a társadalom integráltsága, tagoltsága, az egyenlőtlenségi viszonyai, a társadalmi intézményrendszer állapota és még számos ismert s itt fel nem sorolt vagy ma még nem ismert társadalmi jelenség, ahogy Durkheim nevezi „társadalmi tény”.

A Zonda Tamás, Moksony Ferenc és Bozsonyi Károly által szerkesztett kötet az öngyilkosság társadalmi vetületének és a jelenség komplexitásának, multikauzalitásának megjelenítésére törekszik.

A kötet tanulmányainak nagy része – Bálint Lajos elemzései, valamint Moksony Ferenc, illetve Pikó Bettina egy-egy írása – az öngyilkosság klasszikus társadalmi mintázódásaira koncentrál, a szakirodalmi áttekintés mellett sok esetben újabb empirikus bizonyítékokkal és/vagy az egyes összefüggéseket árnyaló módszerekkel, illetve konkrét eredményekkel gazdagítva az öngyilkosság urbanizációs, kulturális státussal, vallási/spirituális tényezőkkel, gazdasági fejlettséggel vagy területi mintázódással kapcsolatos aspektusainak megértését.

Hegedűs Rita tanulmánya az öngyilkossági rátákat befolyásoló társadalmi tényezők közül az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök szerepét vizsgálva jut érdekes eredményre az Európai Értékvizsgálat adatai alapján, Kmetty Zoltán és Palusek Erik pedig a „jeles napok” szerepére vonatkozó hazai és szakirodalmi tapasztalatokat mutatja be.

A kötet két további tanulmánya az öngyilkosság kulturális meghatározottságának érzékeltetésére fókuszál. Bódán Zsolt egyik írásában a néprajzi megközelítésben rejlő lehetőségeket taglalja, majd egy másik, Tóth Mónikával és Zonda Tamással közösen írt tanulmányukban számos konkrét példával/történettel illusztrálva a különböző korok/társadalmak öngyilkosság-magatartásának bemutatásán keresztül rámutatnak az öngyilkosság kulturális meghatározottságának teoretikus, kutatásmetodológiai és az öngyilkosság-prevenció vonatkozásában egyaránt jelentkező konzekvenciáira: „Ma a világ legtöbb országában számos kultúra képviselői élnek együtt, sajátos multikulturális közösséget alkotva. Az öngyilkosság kutatásban nem mindig alkalmazhatók a standard elméletek a különböző etnikai csoportokra. A prevenciók programok kidolgozásakor (...) feltétlenül figyelembe kell venni ezeket a kulturális különbségeket”. Ez a gondolat azonban már átvezet bennünket két másik, az öngyilkossággal kapcsolatos társadalomkutatások módszertani kérdéseit feszegető tanulmányhoz. Zonda Tamás egyik tanulmánya az öngyilkossági statisztikák – csak részben kulturális különbségekre visszavezethető – validitási buktatóit vizsgálja, Moksony Ferenc pedig tankönyvszerű összefoglalását adja az öngyilkosság megelőzését célzó – a jelenség komplexitása miatt rendkívül összetett kutatási elrendezéseket igénylő – társadalompolitikai beavatkozások vizsgálatával kapcsolatos módszertani lehetőségeknek.

Két olyan tanulmányt is találunk a kötetben, amelyek az öngyilkosság társadalmi vetületének vizsgálatától kicsit távolabb visznek. Ez a távolodás azonban csak látszólagos. A Zonda Tamás, Fülöp Andrea és Bozsonyi Károly által jegyzett, az öngyilkosságok meteorológiai meghatározottságával foglalkozó, a vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalmat áttekintő tanulmány is az öngyilkos magatartás multikauzális jellegét erősíti, rámutatva, hogy „a bioklimatikus hatásokat inkább kofaktorként, trigger hatásként indokolt a tudomány jelen állása szerint kezelni”. Hasonlóképpen az öngyilkosság társadalmi meghatározottságát nyomatékosítja Zonda Tamás és Bozsonyi Károly Nagy Gabriellával közösen készített, az „antidepresszáns teóriával” foglalkozó tanulmánya, melyben a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy „a vizsgálatok nem bizonyítják azt a feltételezést, hogy (...) az antidepresszánsok emelkedő használata a csökkenő öngyilkossági ráták meghatározó oka lenne”.

Talán a tanulmányok tartalmának ezen rövid felvillantásából is kitűnik, hogy a kötet sikerrel jeleníti meg az öngyilkosság jelenségének és tanulmányozásának komplexitását. Szakirodalmi áttekintés, módszertani aspektusok és az öngyilkossággal kapcsolatos hazai empirikus kutatási elemzések egyaránt helyet kaptak a kötetben, így a társadalmi jelenségek elmélete vagy gyakorlata iránt érdeklődők, egyetemi hallgatók és a szakterület kutatói is találnak a kötetben számukra izgalmas és érdekes olvasmányokat.

Paksi Borbála

AZ ÖNGYILKOSSÁG VIDÉKEN ÉS A VÁROSOKBAN

—◀▶—
BÁLINT LAJOS

A korai statisztikai és szociológiai írások kevés kivétellel¹ az öngyilkosságot városi, különösen nagyvárosi jelenséggént tartották számon.² A legtöbb kommentár az öngyilkosságot a városi civilizáció vadhajtásaként írta le.³ Halbwachs⁴ könyvében egy egész fejezetet szentelt a város és vidék különbségének. Gondos adatgyűjtésének köszönhetően pontos áttekintést kapunk a korabeli Európa legkülönbébb országainak (pl. Franciaország, Svédország, Csehszlovákia, Németország, Ausztria, Magyarország) vidéki és városi szuicid rátáinak alakulásáról. Halbwachs a városok nagyságának a szerepét emelte ki, elsősorban a nagyvárosokat tekintette az öngyilkosságok melegágyának.

Az elmúlt másfélszáz évben az öngyilkosság települési sajátosságaival foglalkozó tanulmányok azt mutatják, hogy a különbségek térben és időben is változtak. Évtizedek óta azonban túlsúlyban vannak azok a tanulmányok, amelyek a városi népesség kisebb veszélyeztetettségéről számolnak be. A fejlett nyugati országok városainak öngyilkossági rátája napjainkban alacsonyabb, mint a vidéki településeké. Az egykor tehát tipikusan városi jelenségnek számító önpusztítás

¹ S. Gargas: Suicide in Netherlands, *American Journal of Sociology*, Vol. 37 (5), 1932, 697–713; Hermann Anton Krose: *Die Ursachen der Selbstmordhäufigkeit*, Freiburg im Breisgau, Herdersche Verlagshandlung, 1906.

² Émile Durkheim: *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány*, 2. kiadás, Közgazdasági és Jogi, Budapest, 1982; Moksony Ferenc: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei, *Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének kutatási jelentései*, 1984, 19; Thomas G. Masaryk: *Suicide and the Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1970; Henry Morselli: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, [1882] 1975.

³ Thomas G. Masaryk: *Suicide and the Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1970.

⁴ Maurice Halbwachs: *The Causes of Suicide*, New York, The Free Press, A Division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1930.

ma a rurális közösségek számára okoz súlyos népegészségügyi problémát.⁵ A vidékit meghaladó városi ráta sporadikusan fordul elő a nyugati világban, főleg országon belüli kisebb területi egységeknél figyelhetők meg kivételek.⁶

A vidéki népesség nagyobb veszélyeztetettségére bőségesen találunk példát a világ szinte minden pontján. Az Egyesült Államok halálzási adatai szerint a vidékiség, a mezőgazdasághoz kötődő közösségi élet növeli a fiatalok és a felnőttek öngyilkossági kockázatát is.⁷ Dacára annak, hogy az Egyesült Királyságban az egészségi állapot a városi területeken általában rosszabb, mint vidéken, a vidéki öngyilkossági ráta kedvezőtlenebb, mint a városokban.⁸

Hasonló eredményekről számolnak be az ázsiai országokkal foglalkozó tanulmányok is. Kínában az ezredfordulót megelőző rapid társadalmi átalakulás ellenére az öngyilkossági ráták a rurális és a városi térségekben is csökkentek, a vidéken élők öngyilkossági rátája háromszorosa volt a városokban élőkének. A vidéken élő nők rátája meghaladta a hasonló lakóhelyen élő férfiakét, míg a nagyvárosokban a nemi különbségek nem voltak érzékelhetők.⁹ Egy japán tanulmány az urbanizált környezetnek a férfiak öngyilkosságára gyakorolt preventív hatásáról számolt be.¹⁰ Az előnyöket a városi életviszonyokkal, társadalmi és gazdasági viszonyokkal és az egészségügyi szolgáltatások magasabb színvonalával

⁵ Jameson K. Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention, *Crisis*, 27, 2006, 189–199; T. E. Handley – K. J. Inder – B. J. Kelly – J. R. Attia – F. J. Kay-Lambkin: Urban-rural influences on suicidality: gaps in the existing literature and recommendations for future research, *Australian Journal of Rural Health*, 19, 2011, 279–283; Andrew Page – Stephen Morell – Richard Taylor – Michael Dudley – Greg Carter: Further increases in rural suicide in young Australian adults: Secular trends, 1979–2003, *Social Science and Medicine*, 65, 2007, 442–453; Steven Stack: Suicide – a decade review of the sociological literature, *Deviant Behavior*, 4, 1982, 41–66; David Titelman – Hogni Oskarsson – Kristian Wahlbeck – Merete Nordentoft – Lars Mehlum – Guo-Xin Jiang – Anette Erlangsen – Latha Nrugham – Danuta Wasserman: Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980–2009, *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 2013, 414–423.

⁶ Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention.

⁷ Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention; Corinne Peek-Asa – Craig Zwerling – Lorann Stallones: Acute Traumatic Injuries in Rural Populations, *American Journal of Public Health*, 94, 2004, 1689–1693.

⁸ Nicos Middleton – David Gunnell – Stephen Frankel – Elise Whitley – Daniel Dorling: Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981–1998, *Social Science & Medicine*, 57, 2003, 1183–1194.

⁹ Michael R Phillips – Xianyun Li – Yanping Zhang: Suicide rates in China, 1995–99, *Lancet*, 359 (9309), 2002, 835–40.

¹⁰ Akiko Otsu – Shunichi Araki – Ryoji Sakai – Kazuhito Yokoyama – Scott A. Voorhees: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science & Medicine*, 58, 2004, 1137–1146.

magyarázták. Ázsiai példaként hivatkozhatunk még taiwani¹¹, iráni¹² ökológiai elemzésekre is, amelyek ugyancsak a vidéki népesség veszélyeztetettségére utalnak.

A vidéki népesség sérülékenysége nemcsak a befejezett öngyilkosságok magasabb gyakoriságában figyelhető meg, hanem az öngyilkossági gondolatok és kísérletek is elterjedtebbek körükben.¹³ A településtípus szerinti öngyilkossági vizsgálatok nem csupán a városiak nagyobb védettségére hívják fel a figyelmet, hanem több esetben a különbségek növekedésére is rámutatnak. A szovjet térség számos országában a piacgazdasági átmenet a városi és a vidéki különbségek számottevő növekedését eredményezte. Fehéroroszországban az 1995 és 2005 közötti időszakot vizsgálva mindkét nemnél azt tapasztalták, hogy a vidéki-városi ráták távolodtak egymástól.¹⁴ A városi és a vidéki öngyilkossági ráták különbségeinek növekedése zajlott le Ukrajnában is. A kutatók a városi életviszonyok nyújtotta előnyökkel, köztük a jobb munkaerőpiaci, kereseti lehetőségekkel, színvonalasabb egészségügyi ellátással, valamint az egészségtelen mértékű alkoholhasználat különbségével magyarázták a vidéki népesség kedvezőtlenül alakuló szuicid mortalitását.¹⁵

NEMI KÜLÖNBBSÉGEK A TELEPÜLÉS TÍPUSA SZERINT

A lakóhelyre vonatkozó adatok a világ legtöbb országában a vidéken élők nagyobb veszélyeztetettségét emelik ki. A városi élet preventív szerepe a népesség egyes csoportjainál azonban nem minden esetben érvényesül. Singh és Siahpush szerint¹⁶ a népesség egészére közölt adatok hajlamosak a nemi és egyes életko-

¹¹ Shu-Sen Chang – Jonathan A. C. Sterne – Benedict W. Wheeler – Tsung-Hsueh Lu – Jin-Jia Lin – David Gunnell: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socioeconomic correlates, *Health and Place*, 17, 2011, 641–650.

¹² R. Alaghebandan – A. Lari – M. T. Joghataei – A. Islami: The role of marital status, literacy, and urbanicity in suicidal behavior by burns in the province of Khorasan, Iran, *Community Mental Health Journal*, 47, 2011, 181–185.

¹³ Gopal K Singh – Romuladul Azuine, – Mohammad Siahpush – Michael D. Kogan: All-cause and cause-specific mortality among US youth: Socioeconomic and rural–urban disparities and international patterns, *Journal of Urban Health*, 90, 2013, 388–405.

¹⁴ Yury Razvodovsky – A. Stickley: Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990–2005, *Public Health*, 123, 2009, 27–31.

¹⁵ Pray Leslie – Cohen Clara – Ilkka Henrik Mäkinen – Airi Värnik – F. Landis MacKellar (eds.): Suicide in Eastern Europe, the SIC, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants. A foundation for Designing Interventions. Summary of a Conference, IIASA, SCOHOST, ERSI, Remaprint, Vienna, 2013.

¹⁶ Gopal K. Singh – Mohammad Siahpush: Increasing Rural–Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997, *Am J Public Health*, 92, 2002, 1161–1167.

ri csoportok közötti különbséget elmaszkírozni. A nemek szerinti elemzések közül több pedig arra figyelmeztetett, hogy a nők trendjei nem azonosak az általános mintázattal, előfordul, hogy a nők öngyilkossági mutatója magasabb a városokban, mint vidéken. Singh és Siahpush szerint az Egyesült Államokban a férfi öngyilkossági ráta a vidéki–városi skálán képzett kontinuummal mutatott tartósan pozitív kapcsolatot, vagyis a ruralitás mértékével nőtt az öngyilkossági ráta. A női mintázat azonban ettől számottevően eltért. Az 1970 és 1989 közötti időszakban az öngyilkossági ráta magasabb volt a városi területeken, mint vidéken, az újabb adatok pedig a vidéki–városi különbségek kiegyenlítődését mutatták. Kínában a vidéki népesség öngyilkossági rátája mindkét nemnél messze meghaladta a népesség egészének átlagát, a vidéki nőké a vidéken élő férfiakét is, a nagyvárosokra vonatkozó adatsorok azonban nem jeleztek különbséget a nemek között.¹⁷ Egy már korábban említett japán kutatás szerint a modernizáció helyettesítő változójának tekintett urbanizáció a japán férfi öngyilkossági mortalitás legfontosabb preventív tényezője volt az 1970 és 1980 közötti időszakban, előnyös hatása a nőknél csak elszórtan érvényesült.¹⁸ Ausztráliában a 25 és 34 év közötti nők nagyobb valószínűséggel vetettek véget életüknek a városokban, mint vidéki településeken. A lakóhelytípusok közötti szocioökonómiai különbségek csökkenése ellenére a városi, a vidéki és távoli vidéki területek közötti különbség továbbra is fennmaradt.¹⁹ Saunderson és Langford²⁰ Egyesült Királysággal kapcsolatos elemzése rávilágított, hogy a nőknél azokon a területeken volt magas az önpusztítás, amelyek nagyfokú urbanizáltságot mutattak. A vidék–város megosztottság nemi specifikumainak dán sajátosságaira Qin, Agerbo és Mortensen²¹ is felfigyelt. Az öngyilkossági ráta a férfiaknál a rurális területeken, a nőknél viszont a városokban volt magasabb.

¹⁷ Michael R. Phillips – Xianyun Li – Yanping Zhang: Suicide rates in China, 1995–99, 359 (9309), 2002, 835–840.

¹⁸ Otsu – Shunichi – Ryoji – Kazuhito – Voorhees: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science and Medicine*, 58, 2004, 1137–1146.

¹⁹ Andrew Page – Stephen Morell – Richard Taylor – Michael Dudley – Greg Carter: Further increases in rural suicide in young Australian adults: Secular trends, 1979–2003, *Social Science & Medicine*, 65, 2007, 442–453.

²⁰ T. R. Saunderson – I. H. Langford: A study of the geographical distribution of suicide rates in England and Wales 1989–1992 using empirical Bayes estimates, *Social Science and Medicine*, 43 (4), 1996, 489–502.

²¹ P. Qin – E. Agerbo – P. B. Mortensen: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors, *British Journal of Psychiatry*, 2003, 17, 546–550.

MIÉRT GYAKORIBB AZ ÖNGYILKOSSÁG VIDÉKEN?

A vidéki életnek több olyan árnyoldala is ismert, amely közvetve vagy közvetlenül is fokozhatja az ott élő népesség magasabb öngyilkossági kockázatát. A szakirodalom a vidéki élet és kultúra negatív hatásait, a rurális népesség kedvezőtlenebb szocioökonómiai hátterét, az előnytelen gazdasági, munkaerőpiaci adottságokat, az elvándorlás izolációt erősítő hatását, a túlzott alkoholfogyasztást, a stigmatizáció miatti segítő kapcsolat elutasítását, a rosszabb egészségügyi ellátást emeli ki.²²

VIDÉKI ÉLET ÉS KULTÚRA

Hirsch összefoglaló tanulmányában²³ a vidéki élet és kultúra több olyan jellegzetességét emelte ki, amelyek hozzájárulhatnak a rurális környezetben élők fokozottabb veszélyeztetettségéhez. Hirsch szerint a mezőgazdaságból élők megterhelő életmódja, a hosszú munkanapok, az időjárás viszontagságainak való kiszolgáltatottság növelheti az öngyilkosság kockázatát. Számos országban a löfögyverek és a növényvédő szerek a rurális kultúra szükségszerű kellékei. Szakirodalmi utalások azt jelzik, hogy a löfögyverekhez való könnyebb hozzáférés növeli a befejezett öngyilkosságok előfordulását a rurális jellegű területeken.²⁴

ÖSSZETÉTELHATÁS

Az egyik legkézenfekvőbb magyarázat a városi és a vidéki népesség önpusztító hajlamának a különbségére a népesség társadalmi összetételével kapcsolatos. A vidéki népesség összetétele kedvezőtlen azokban a dimenziókban, amelyek az öngyilkosság szempontjából relevánsak. Fiatal ausztrál felnőttek öngyilkosságát elemző tanulmány azt találta, hogy a városi és a vidéki öngyilkossági ráták különbségét a szocioökonómiai státus változója 20-50%-kal képes volt csökkenteni, világosan alátámasztva ezzel a települések társadalmi kompozíciójának a

²² Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention; Jameson Kenneth Hirsch – Kelly C. Cukrovcz: Suicide in Rural Areas: An Updated Review of the Literature, 2014, *Journal of Rural Mental Health*, 38, 2014, 10.1037/rmh0000018.

²³ Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention.

²⁴ Charles C. Branas – Michael L. Nance – Michael R. Elliott – Therese S. Richmond – C. William Schwab: Urban-Rural Shifts in Intentional Firearm Death: Different Causes, Same Results, *American Journal of Public Health*, 94, 2004 Oct.

jelentőségét, de egyúttal arra is rámutattak, hogy ez a hatás nem kizárólagos.²⁵ Egy másik ausztrál tanulmány az öngyilkosság és a szocioökonómiai státus között talált erős inverz kapcsolatot.²⁶ Levin és Leyland²⁷ a depriváció kontrollja után a lakóhelytípusok szerinti öngyilkossági különbségek eltűnéséről számoltak be Skóciában. A nemek szerint szeparáltan becsült modellek kisebb mértékben eltértek ettől, a férfiaknál a távoli városoknál (*remote town*) és a távoli vidéki településeknél (*remote rural*) a depriváció kontrollja mellett is magasabb volt a relatív kockázat a nagyvárosi referenciához képest. A nőknél a depriváció kontrollját követően csak a közeli rurális (*accessible rural*) település kategória tért el szignifikánsan a referenciától.

HANYATLÓ GAZDASÁG

A vidéki területek magasabb öngyilkossága gyakran összefügg a térség gazdasági, munkaerőpiaci helyzetének a romlásával. A vidéki gazdasági élet hanyatlásával a közösségi infrastruktúra is erodálódik, ami a népesség kontrollfunkcióinak az elvesztését eredményezheti.²⁸ Razvodovsky és Stickley²⁹ a vidéki-városi öngyilkossági különbségek fehéroroszországi növekedését a vidéki életkörülmények drámai romlásával, a munkaerőpiaci lehetőségek beszűkülésével, a szegénység elterjedésével hozta összefüggésbe.

ELVÁNDORLÁS, IZOLÁCIÓ ÉS A TÁRSAS TÁMOGATÁS HIÁNYA

A vidéki települések népessége a gazdasági lehetőségek beszűkülésére gyakran elvándorlással válaszol. A vándorlás szelektív természetének köszönhetően nemcsak a népességszám csökken, hanem a népesség összetétele is változik, mivel az elvándorlók a helyi népesség fiatalabb és képzettebb csoportjaiból tevődnek

²⁵ Page – Morell – Taylor – Dudley – Carter: Further increases in rural suicide in young Australian adults: Secular trends, 1979–2003.

²⁶ Richard Taylor – Stephen Morrell – Emma Slaytor – Paul Ford: Suicide in urban New South Wales, Australia 1985–1994: Socioeconomic and migrant interactions, *Social Science & Medicine*, 47 (11), 1998, 1677–1686.

²⁷ K. A. Levin – A. H. Leyland: Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981–1999, *Social Science & Medicine*, 60, 2005, 2877–2890.

²⁸ Hirsch JK: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention.

²⁹ Y. Razvodovsky – A. Stickley: Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990–2005, *Public Health*, 123, 2009, 27–31.

össze, az elvándorlás a lokális közösség idősödését és erózióját eredményezi. Az elnéptelenedés és a népesség-összetétel változásának a hatására a társadalom fragmentálódik, a közösségi interakciók száma és a társas támogatás is csökken, növekszik a stressz és az izoláció, amelyek az öngyilkosság ismert kockázati faktora.³⁰ A támogatáshiány különösen fontos lehet azokban az egyéni válsághelyzetekben, amelyekben nagyobb hangsúly helyeződik a rokonsági és a baráti hálózatokra, főleg azokban a társadalmakban, amelyekben az intézményekkel szemben erős a bizalomhiány.³¹

TÚLZOTT ALKOHOLFOGYASZTÁS

Az egykori szovjet térségben drámai méreteket öltött alkoholfogyasztást többen is az öngyilkosság növekedésének egyik legfontosabb okaként tartják számon.³² Razvodovsky és Stickley elképzelhetőnek tartotta, hogy a romló társadalmi-gazdasági viszonyok a vidéki területeken élő, egyedülálló férfiak körében elterjedt habituális vodkafogyasztás normatív viselkedéssé válása azért öltött járvány-szerű méreteket, mivel eltűntek az alkoholfogyasztás tradicionális szokásai és a társadalmi kontroll alacsony szintje mellett, az alkoholgondozók és programok hiányában az alkohol korlátok nélkül szedte áldozatait a vidéki társadalomban.

VIDÉKI MUNKAERKÖLCSEK, A LELKI EREDETŰ MEGBETEGEDÉSEK STIGMATIZÁCIÓJA

A hagyományos vidéki életszemlélet az erős munkaetikát, a függetlenséget, a nyers individualizmust, a vallásosságot, a család- és közösségközpontú életet részesíti előnyben. Ebből a nézőpontból a mentális betegségekben szenvedőket gyakran megbélyegzik és visszatartják az orvosi kezelésektől.³³ A vidéki skót

³⁰ Uo.; Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention; Singh – Siahpush: Increasing Rural–Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997; Elise, Whitley – David Gunnell – Daniel Dorling – George Davey Smith: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037.

³¹ Razvodovsky – Stickley: Suicide in urban and rural regions of Belarus.

³² Leslie Pray – Clara Cohen – Ilkka Henrik Mäkinen – Airi Värnik – F Landis MacKellar (eds.): Suicide in Eastern Europe, the SIC, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants.

³³ Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention.

közösségekben a szakmai segítségnyújtás elfogadásának erős stigmatizációjáról számoltak be kutatók, a család nagyobb valószínűséggel támogatta az egyént, mintsem elfogadta volna a professzionális segítségnyújtást és az ezzel járó stigmat.³⁴ Az erős munkaetika, a sérthetetlen, családfenntartó férfi maszkulin ethosza miatt gyakori, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok kezelését elhanyagolják.³⁵ A stigmatizációval kapcsolatos nehézségek miatt az emberek ritkábban fordulnak orvoshoz, ráadásul a földrajzi adottságoknak köszönhetően az intézmények a lakóhelytől távolabb helyezkednek el, nehezebben megközelíthetők, a terápiákon való részvétel bonyolultabb, a szolgáltatások alacsonyabb színvonalúak, mindennek köszönhetően a betegségek alkalmasint rosszul diagnosztizáltak vagy kezelték.³⁶

A VIDÉK DEFINÍCIÓJA AZ ÖNGYILKOSSÁG-KUTATÁSOKBAN

Mielőtt a hazai városi és vidéki öngyilkossági folyamatok áttekintésére vállalkoznánk, érdemes a város és vidék definíciójával kapcsolatos problémákat és a nemzetközi szakirodalomban elterjedt alkalmazási gyakorlatokat vázaltszerűen érinteni. A városi–vidéki tipológiák elemzésének a legneuralgikusabb pontja a csoportosítással kapcsolatos. A ruralitásnak ugyanis nincs általánosan elfogadott definíciója a vonatkozó szakirodalomban.³⁷

A nemzetközi gyakorlatban előforduló megközelítések többnyire átlépnek a közigazgatási/hivatalos statisztika által használt egydimenziójú településfogalmakon. Az osztályozások rendszerint a településmérettel (lakosságszám) egyidejűleg más ismérvekre (elérhetőség, távolság, foglalkozási struktúra) is támaszkodnak. Sok esetben egy adott ország ugyanazon időszakán belül is előfordulhatnak eltérő megközelítések. Mivel a ruralitás fogalma képlékeny, ezért az öngyilkossággal foglalkozó kutatók általában az adott ország sajátosságai alapján kialakított definíciók szerint járnak el.

Az ausztrál tanulmányokban a településméret és a távolság kombinációin alapuló hét kategóriából álló ún. RRMA rendszer (*Rural-Remote-Metropolitan-Areas*)

³⁴ Levin – Leyland: Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981–1999.

³⁵ Hirsch: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention.

³⁶ Uo.

³⁷ David Martin – Philip Brigham – Paul Roderick – Sarah Barnett – Ian Diamond. The (mis) representation of rural deprivation, *Environment and Planning A*, 32, 2000, 735–751; David Wilkinson – David Gunnel: Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988–1997, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (2), 2000, 153–157.

összevont csoportjait használják.³⁸ Mások egyszerűen csak a települések népességnagyságára hagyatkoznak, így például Wilkinson és Gunnell³⁹ elemzése a húszezer fő feletti „nagyvárosi” (*metropolitan*) és az alatti települések egyszerű szétválasztásán alapul.

Egy skót elemzés az ausztrálhoz hasonló, az ottani háztartási adatfelvételben alkalmazott eljárást követte.⁴⁰ A településeket a település népességszáma, valamint a 10000 fő feletti város közúti elérhetősége alapján sorolta városi, elérhető vidéki (*accessible rural area*), távoli városi (*remote urban*) vagy távoli vidéki település (*remote rural*) osztályokba.

A vidékiség fogalmának a bizonytalanságát jól szemlélteti az a brit tanulmány, amely az öngyilkosságot a vidékiség eltérő definíciói szerint vizsgálva eltérő eredményekre jutott.⁴¹ A népsűrűség és a népességpotenciál⁴² alsó és felső kvintiliseinek 1981 és 1998 közötti trendjei egyes korcsoportokban teljesen eltértek. Például a 25 és 44 év közötti férfiak idősora a népsűrűség alapján a rurális térségek fokozottabb veszélyeztetettségére utalt, míg a népességpotenciál szerint ábrázolt trend ennek éppen az ellenkezőjére világított rá.

Az Egyesült Államokban a megyék csoportosítása tíz-tizenegy kategóriából álló ordinális skála alapján történik. A kontinuum két végén a legvárosiasabb és a leginkább rurális jegyeket viselő megyék helyezkednek el. Ez a fajta besorolás a népességméretet és a nagyvárosi területek közelségén alapul.⁴³ Razvodovsky és Stickley⁴⁴ tanulmánya Fehéroroszországban a 6000 fő feletti népességszámú településeket tekintette városinak, valamint azokat, amelyekben a foglalkoztatottak több mint kétharmada az agrárszektoron kívül dolgozott, a rurális településeket pedig maradékelven határozták meg.

Többváltozós térbeli elemzésekben a jelenség összetettsége és a mutatók közötti szoros kapcsolatok miatt gyakran kompozit indikátorok alkalmazására

³⁸ Page – Morell – Taylor – Dudley – Carter: Further increases in rural suicide in young Australian adults: Secular trends, 1979–2003.

³⁹ David Wilkinson – David Gunnell: Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988–1997, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (2), 2000, 153–157.

⁴⁰ Levin – Leyland: Urban/rural inequalities in suicide in Scotland.

⁴¹ Nicos Middleton – David Gunnell – Stephen Frankel – Elise Whitley – Daniel Dorling: Urban–rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981–1998, *Social Science & Medicine*, 57, 2003, 1183–1194.

⁴² A mutató értéke fordítottan arányos a centrumtól való távolsággal, és egyenesen arányos az adott terület népességnagyságával.

⁴³ Singh – Siahpush: Increasing Rural–Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997. Charles C. Branas – Michael L. Nance – Michael R. Elliott – Therese S. Richmond – C. William Schwab: Urban–Rural Shifts in Intentional Firearm Death: Different Causes, Same Results, *American Journal of Public Health*, 94(10), 2004, 1750–1755.

⁴⁴ Razvodovsky – Stickley: Suicide in urban and rural regions of Belarus.

kerül sor. A portugál kutatók által kidolgozott ruralitási index három komponens: a népsűrűség, a legközelebbi kórház közúti elérhetősége és a falvakban élők aránya alapján határozta meg a terület vidékiségének a mértékét.⁴⁵ Japán prefektusok öngyilkosságát vizsgáló tanulmány a korstruktúrával, a vallásossággal (templomok számával), valamint a népességméret alapján képzett mutatóval igyekezett ugyanezt megragadni.⁴⁶ Szintén japán vonatkozású tanulmány faktoranalízissel létrehozott változóval írta le a városiasság fontosabb jegyeit (a faktor erős negatív kapcsolatot mutatott a mezőgazdaságban, erdőgazdaságban, halászatban foglalkoztatottak arányával, az időskori segítőkkel és pozitívat a megtakarításokkal, a népsűrűséggel, a felsőoktatási részvétellel és a területi kórházi és klinikai ellátottsággal).⁴⁷

AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A TELEPÜLÉSTÍPUSOK KAPCSOLATA MAGYARORSZÁGON

A hazai történeti források által jól dokumentált a városoknak a falvakét jelentősen meghaladó önpusztítása. Földes⁴⁸ a 19. század végi adatgyűjtések alapján a nagyvárosoknak az országos átlagot meghaladó öngyilkosságszámáról, továbbá a város és vidéke közötti különbségről számolt be. Szél⁴⁹ a századfordulótól a múlt század húszas éveinek a közepéig követte a vármegyei és a törvényhatósági jogú városok öngyilkosságainak alakulását. A korabeli adatok szerint a városokban kétszer olyan gyakran fordult elő öngyilkosság, mint a vidéki településeken. Melly⁵⁰ tanulmányában negyven európai nagyváros 1911 és 1926 közötti öngyilkossági mutatóját közölte. A megfigyelés időszaka alatt a legmagasabb öngyilkossági mutatóval a magyar főváros rendelkezett. A magyar főváros kiemelkedően magas önpusztítása a nemzetközi szakirodalomban is jól ismert volt, ugyanakkor

⁴⁵ Paula Santana – Cláudia Costa – Graça Cardoso – Adriana Loureiro – João Ferrão: Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis, *Health & Place*, 35, 2015, 85–94.

⁴⁶ Robert D. Baller – Dong-Joon Shin – Kelly K. Richardson: An Extension and Test of Sutherland's Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (3), 2005, 343–355.

⁴⁷ Otsu – Araki – Sakai – Yokoyama – Voorhees: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science & Medicine*, 2004, 58, 1137–1146.

⁴⁸ Földes Béla: *Statisztikai Eladások*, II. sorozat, Budapest Politzer-féle Könyvkiadóvállalat, 1905.

⁴⁹ Szél Tivadar: Az öngyilkosság demográfiája, I. rész, *Magyar Statisztikai Szemle*, 7, 1928, 715–734.

⁵⁰ Melly József: Az öngyilkosságok Budapesten és az európai nagyvárosokban, *Statisztikai Közlemények*, 56. kötet, 2. szám, Budapest, Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala, 1928.

Halbwachs⁵¹ arra hívta fel a figyelmet, hogy a 100 000 fő feletti városok közül Szegeden (486) és Debrecenben (582) is magasabb volt az egymillió lakosra jutó önkész halál, mint Budapesten (486). Két másik magyar várossal, Pécsről (640) és Hódmezővásárhelyről (613) pedig azt állította, hogy a korabeli statisztika által ismert legmagasabb értékeket mutatják.⁵² Mozolovszky⁵³ tanulmányában megerősítette a városiasodottság és az öngyilkosság közötti szoros kapcsolatot. A negyvenes évek elején a városokban közel négyszer magasabb volt az öngyilkossági ráta, mint a vármegyék egyéb településein.⁵⁴ A II. világháborút követően Jobb Sándor⁵⁵ a hatvanas évek adatsorait ismertette, a városok és községek öngyilkossági gyakoriságainak kiegyenlítődéséből arra következtetett, hogy a területi különbségek nincsenek összefüggésben a városi népesség arányával.

Moksony⁵⁶ az 1959 és 1981 közötti időszak négy településtípusának (község, város, megyei jogú város és Budapest) öngyilkossági idősorait közölte (1. ábra). A legfontosabb változást a településtípusok öngyilkossági különbségeinek kiegyenlítődésében, a rangsorok átrendeződésében látta. A nyers arányszámok alapján a községek népessége vált leginkább hajlamosá az öngyilkosság elkövetésére, őket a fővárosiak követték, majd a városok és megyeszékhelyek rátaí következtek. Moksony⁵⁷ vizsgálta a településtípusok összetételének (a kor megoszlásnak, a nemi és foglalkozás-összetételnek) a hatását a különbségekre. A standardizált adatok azt mutatták, hogy a vizsgált ismérvek egyikével sem lehet magyarázatot adni a lezajlott változásra, úgy vélte a községek látványos előretörését más tényezők segítették elő.

Moksony⁵⁸ a községek növekvő önpusztító magatartásának magyarázatára két alternatív elméletet állított egymással szembe. Az egyik szerint a deviáns magatartásformák elharapózásáért a modern városi életviszonyok terjedése, a falusi közösségek gyökeres átalakulása és új magatartásminták térnyerése tehető felelőssé. A másik pedig a hagyományos közösség-szerveződési formák továbbélését, a fejlődés hiányát okolta az öngyilkosságok számának növekedésé-

⁵¹ Halbwachs: *The Causes of Suicide*.

⁵² Az 1923 és 1925 közötti törvényhatósági jogú városok adatait lásd még Cseh-Szombathy L.: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 2, 1963, 190.

⁵³ Mozolovszky Sándor: Az öngyilkosságok statisztikájának első tíz éve, *Magyar Statisztikai Szemle*, 2, 1940, 95–101.

⁵⁴ Kovács Norbert: Öngyilkossági esetek Magyarországon, *Magyar Statisztikai Szemle*, 8, 1943, 407–420.

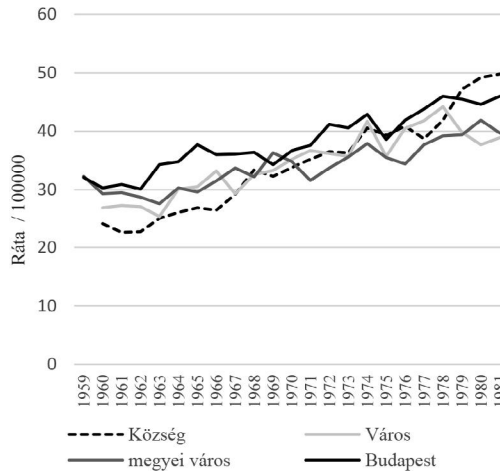
⁵⁵ Jobb Sándor: Az öngyilkosságok területi jellemző Magyarországon, *Területi Statisztika*, 23, 1973, 39–53.

⁵⁶ Moksony Ferenc: Települési tényezők és az öngyilkosság.

⁵⁷ Uo.

⁵⁸ Moksony Ferenc: A fejlődés ára, vagy az elmaradottság átka: Az öngyilkosság alakulása Magyarországon községeiben, *Szociológiai Szemle*, 1995, 2, 1995, 73–84.

1. ábra. Az öngyilkosságok megoszlása a lakóhely településjellege szerint, 1959–1981 (százezrelék)



Forrás: Moksony: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei c. műve alapján (*Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének kutatási jelentései*, 1984, 25.)

ért. Az elmaradottságot (illetve a modernizációt) az 1960-as mezőgazdaságban foglalkoztatottak arányával mérte. Az alapmodell szerint az agrárnépesség 1960-as aránya pozitív módon befolyásolta az öngyilkosságok gyakoriságát, vagyis a modell az elmaradott települések nagyobb veszélyeztetettségét támasztotta alá. Az életkor vizsgálatával és a vándorlási egyenleggel bővített modellek is a várt eredményt produkálták, az idősebb népesség aránya és a nagyobb népességveszteség az öngyilkosság növekedését eredményezte. A tanulmány fontos eredménye volt, hogy a társadalmi megítélés tesztelésére létrehozott interakciós változó (megyei arányszám $\times$ mezőgazdasági dolgozók települési aránya) szignifikáns, pozitív előjelű volt, vagyis a deviáns környezet („deviáns szubkultúra”) felerősítette az elmaradottság hatását. Moksony szerint a modernizáció által alig érintett, stabilitással, egyformasággal (a foglalkozási struktúra homogenitásával) jellemezhető települések az integráció letéteményesei. Hangsúlyozta, hogy eredményeiből nem következik a durkheimi társadalmi integráltság fogalmának az elvetése, sokkal inkább az integráltság számára kedvező feltételekre vonatkozó nézetek újraértékelését szorgalmazta.

Zonda különböző szerzőtársakkal írt tanulmányaiban⁵⁹ a közigazgatási definíción alapuló települési jogállás (főváros, megyei jogú városok, egyéb városok, községek) szerinti nyers ráták bemutatására vállalkozott. 1970-től hároméves időszakok szerint, egy másik tanulmányában az idősor minden ötödik évét kiemelve ismertette az adatokat.⁶⁰ A Zonda által közölt adatok alapján⁶¹ a hetvenes évek elején (1970–1972) a település jellege és az öngyilkosság között egy U-alakú kapcsolat volt kivehető, a legmagasabb ráta a fővárosban és attól alig elmaradva a városokban/községekben fordult elő, a legalacsonyabb a megyei jogú városokban. A településtípusok közötti különbségek csekélyek voltak. A hetvenes években megfigyelhető mintázat budapesti és községi magas és a városi/megyei jogú városi alacsonyabb csoportok szerint vált szét. A hetvenes évek végén (1979–1981) már a községek vezették a szomorú statisztikát. A fővárosi öngyilkosságok fokozatos csökkenésének köszönhetően a kilencvenes évektől kialakult új mintázat szétvált egy nagyvárosi (Budapest és megyei jogú városok), valamint egy vidéki (községek és kisebb városok) csoportra.

Az elmondottakból egyértelműen megállapítható, hogy a hazai közlések kivétel nélkül a közigazgatás által ismert településkategóriák szerinti elemzéseket részesítették előnyben. Eltérő definíció szerinti öngyilkossági elemzésre ismereteim szerint Magyarországon nem került sor. A deskriptív jellegű adatközlések a változás okainak a magyarázatára nem adtak érdemi választ.

A jogállás szerint történő elemzés természetesen könnyen kivitelezhető, kényelmes megoldás, de a várossá nyilvánítások konjunktúrájának köszönhetően a városi csoport ma már meglehetősen heterogén településkört ölel fel. A különböző szerzők által publikált idősorok rendszerint nem közlik, hogy a csoportosítás melyik év közigazgatási besorolása alapján történt, ami a városi és a községi adatsorok összehasonlíthatóságának a problémáját nehezíti. A magyar elemzési gyakorlat egy másik hiányossága, hogy azok szinte teljes egészében negligálják a folyamatok nemi sajátosságait. Cseh-Szombathy,⁶² Zonda,⁶³ Kolozsi⁶⁴ csupán utalásszerűen említették, hogy Budapesten a férfi és a női ráták arányai az országosnál lényegesen kisebbek, ennek magyarázatára azonban egyikőjük sem tért ki. Végül, a pontosabb

⁵⁹ Zonda Tamás: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*, Budapest, Kairosz, 2006; Zonda Tamás – Veres Előd: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000), *Addiktológia*, 3 (1), 2004, 7–23; Zonda Tamás – Paksi Borbála – Veres Előd: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010), *Műhelytanulmányok* 2, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013.

⁶⁰ Zonda – Paksi – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010).

⁶¹ Zonda: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*.

⁶² Cseh-Szombathy: Az öngyilkosság társadalmi jellege.

⁶³ Zonda: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*.

⁶⁴ Kolozsi Béla: A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1988-as csökkenése és annak összetevői, *Alkohológia*, 21 (1), 1990, 17–24.

időbeli összehasonlítást nehezíti az is, hogy az adatsorok jelentős része nyers ráták alapján történt, ami csakis abban az esetben lehetne elfogadható megoldás, ha a településtípusok nemi és korcsoportos összetétele is identikus volna.

Elemzésünkben a településtípusok szerinti öngyilkossági adatsorokat az 1980 és 2015 közötti évekre vonatkozóan mutatjuk be, nemek szerinti bontásban.⁶⁵ A településtípusok korösszetételének eltérése miatt az európai népesség kormegoszlásával direkt módon standardizált halandósági rátákat közöljük.⁶⁶

Az elmúlt évtizedekben a várossá nyilvánítások növekvő számának köszönhetően számos olyan település szerzett városi rangot, amely arculatában, szerepkörében (térszervező erejében), funkcióiban (intézményi-tevékenységi körében) sem tesz eleget a város kritériumainak. 1990 és 2014 között a városok száma 166-ról 346-ra duzzadt. Beluszky és Győri⁶⁷ véleménye szerint a 21. század elején 123-124 sokoldalú, városi funkcióval, a városi lét járulékos elemeivel (tradíció, városias településkép, népességszám) rendelkező település tekinthető városnak, további 88-90, több-kevesebb városi funkcióval rendelkező település említhető még, amelyek túlnyomó többsége (79-80 település) semmiképp sem tartozik a városállományhoz. A szerzők szerint a városállomány rendkívül stabil Magyarországon, a valódi városok száma egy évszázad leforgása alatt sem változott sokat. A népesség-redistribúció mellett, a városok számának növelésével jelentősen nőtt a városban élők aránya. A nyolcvanas években a népesség minden második tagja számított városlakónak, az ezredforduló után már a teljes népesség kétharmada élt városi jogállású településen.⁶⁸

A városok közigazgatási és a funkcionális definícióinak eltérése miatt a települések olyan csoportosítására törekedtünk, amely révén a népesség mindennapi életvilága, a városi életkeretek pontosabban megragadhatók, ezért csak azokat a településeket tekintettük városnak, amelyek már 1990. január 1-jén is

⁶⁵ Az öngyilkossági esetszámok már ezt megelőzően, 1970 és 1979 között is elérhetőek a KSH elektronikus népességregiszteréből (Demográfia Táblázó), de a megfelelő részletezettségű népességi adatok nem érhetőek el a korábbi időszakra települési szinten.

⁶⁶ Az Európai Unió statisztikai hivatala 2013-ban az európai népesség kormegoszlásának új struktúráját vezette be. E fejezetben mégis a korábban alkalmazott (ESP 1976) kormegoszlás mellett döntöttünk. A tapasztalatok ugyanis azt jelzik, hogy az eltérő kormegoszlásokkal számolt ráták jelentősen eltérnek. Konkrétan ez azt jelenti, hogy az időskori népesség arányának növekedése miatt az új súlyokkal kapott halálozási mutatók lényegesen magasabbak az idősebb korban bekövetkező halálokoknál, mint a korábbi módszerrel kiszámoltak (*Office for National Statistics*, é.n., Eurostat 2013). A jelen közleményben közölt adatok összevethetők a korábban megjelent publikációk standardizált adataival.

⁶⁷ Beluszky P. – Győri R.: Ez a falu város! (Avagy a városi rang adományozásának gyakorlata s következményei 1990 után), *Tér és Társadalom*, 20 (2), 2006, 67.

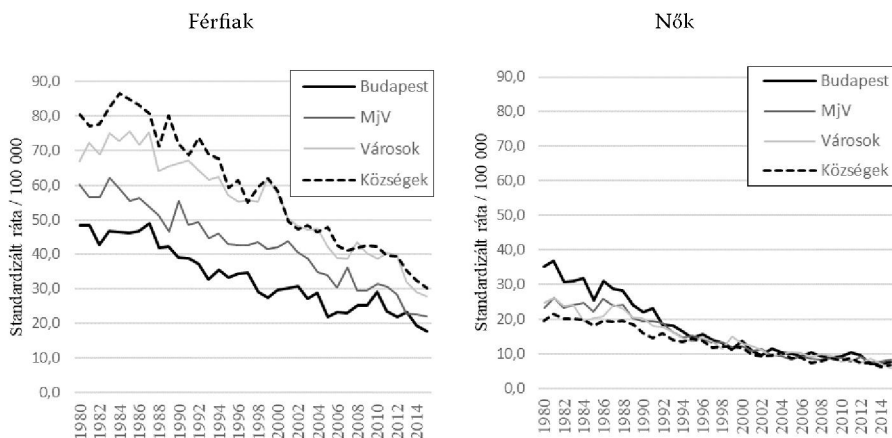
⁶⁸ Szepesi Gábor: A rendszerváltozás utáni várossá avatások Magyarországon, *Tér és Társadalom*, 22 (2), 2008, 53–70.

rendelkeztek városi ranggal. A fővárossal és a megyei jogú városokkal együtt ekkor 166 település alkotta a városi települések csoportját, amely összetételében sem sokban tért el a geográfusok által elfogadottnak tekintett városi településektől.

HAZAI EREDMÉNYEK

Az öngyilkossági arányszám valamennyi településtípusban csökkent a vizsgált időszakban. A csökkenés előbb kezdődött a fővárosban és a megyei jogú városokban és valamivel később a kisebb településeken (2. ábra). A településtípus szerinti trendek hasonlósága arra utal, hogy olyan strukturális változások idézhették elő a csökkenést, amelyek az itt részletezett településtípusok mindegyikében közősek voltak.

2. ábra. A standardizált öngyilkossági arányszám településtípusok és nemek szerint, 1980–2015



Forrás: KSH, Demográfiai táblázó, saját szerkesztés

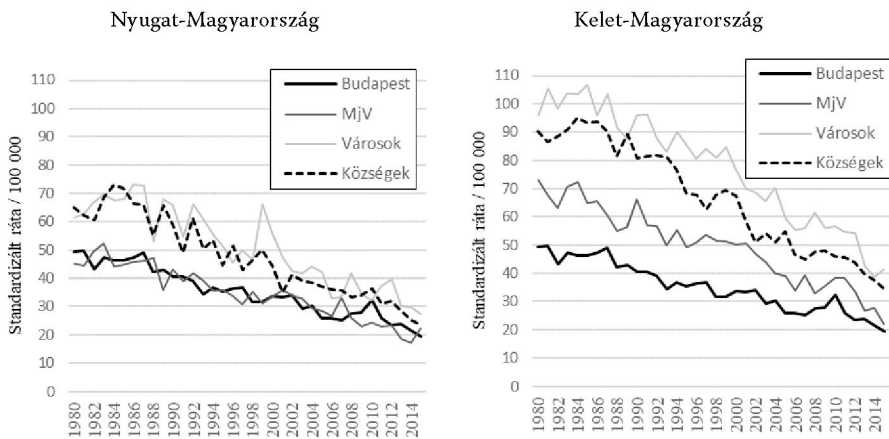
A hazai szakirodalom az öngyilkosságok lakóhely-jellege szerinti eltéréseinek nemi sajátosságait mindezidáig mellőzte, a kapott eredmények azonban ennek indokoltságát nem támasztják alá. A férfiaknál az öngyilkossági ráták idősorai a települési lejtő sorrendjét pontosan követték az elemzett időszak egésze során. Az ezredfordulói a legmagasabb ráta a községek népességénél volt megfigyelhető, azt követően trendjük a kisebb városokéval olvadt egybe. A megyei jogú városok öngyilkossági rátái köztes helyet foglaltak el a főváros és az egyéb

városok/községek rátái között. A férfiaknál a településtípusok szerinti különbség jól láthatóan csökkent az elmúlt negyedszázad során, de a nagyváros (Budapest és a megyei jogú városok) és a vidék (kisvárosok, községek) különbsége továbbra is fennmaradt.

A nőknél a településtípusok szerinti különbségek a kilencvenes évek közepéig viszonylag jól kivehetők voltak. Ebben az időszakban – ellentétben a férfiakkal – leggyakrabban a fővárosi nők körében fordult elő az öngyilkosság. Sorrendben őket a megyei jogú városok és a kisebb városok népessége követte. A község védelmet nyújtott az öngyilkossággal szemben. A kilencvenes évek második felétől az általunk alkalmazott definíció alapján a különbségek gyakorlatilag eltűntek.

Az eredmények robusztusságát ellenőrizendő, a településtípusok szerinti rátákat kiszámoltuk országrészek szerint is. Pest megye településeit a Duna jobb és bal partja szerinti elhelyezkedés alapján soroltuk a keleti vagy a nyugati országrészhez. Az alacsony esetszámok miatt csak a férfiak eredményeinek a közlésére vállalkozhatunk. Budapest időszora referenciajelleggel az ábrák mindegyikén szerepel.

3. ábra. A standardizált öngyilkossági arányszám Nyugat- és Kelet-Magyarországon településtípusok szerint, 1980–2015



Forrás: KSH, Demográfiai táblázó, saját szerkesztés

A nagyrégiók szerint tagolt települési mintázat a korábbiakhoz képest érdemben alig módosult (3. ábra). Nyugat-Magyarországon duális struktúra rajzolódik ki, a megyei jogú városok alacsonyabb szuicid mortalitása állítható szembe a kisebb városok és a falvak magasabb rátáival. Az utóbbi időszakban a trendek konvergálódása észlelhető az ország nyugati részén. Érdekeség továbbá, hogy a

nyugati nagyvárosok öngyilkossági rátája nem tér el a budapestitől. A különbségek sokkal jelentősebbek a keleti országrészen, az előbbi duális struktúrával szemben a trendek markánsan elkülönültek. Kelet-Magyarországon is a megyei jogú városokban a legalacsonyabb az öngyilkossági ráta, de eltérően a nyugati országrészen tapasztaltaktól itt a városi ráták magasabbak, mint a községieké.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elmúlt három és fél évtizedben jelentősen csökkent az öngyilkosságok száma Magyarországon. A trend kedvező alakulása a települési típusok mindegyikében megfigyelhető volt. Az egyes idősorok hasonlósága arra enged következtetni, hogy a változást előidéző okok hátterében azonos tényezők játszhattak szerepet.

A férfiaknál a települési hierarchia élén található településeken (főváros, megyei jogú városok) élők öngyilkossági rátája a vizsgált időszak alatt következetesen alacsonyabb volt, mint a kisebb városokban, községekben élőké. Az öngyilkossági ráta valamennyi típusban megfigyelt csökkenésének köszönhetően a településkategóriák közötti abszolút különbségek nagysága is számottevően mérséklődött. A nőknél a lakóhelyi településtípusok közötti különbségek a kilencvenes évek közepéig voltak megfigyelhetők. Ellentétben a férfiakkal, körükben a községekben élők sérülékenysége volt a legkisebb, a fővárosban élőké a legnagyobb. A kilencvenes évek második felétől a településtípusok közötti különbségek eltűntek.

A településtípusok és az önpusztító hajlam magyarázata kapcsán néhány óvatos feltételezés fogalmazható meg. Vélelmezhető, hogy a férfiaknál tapasztalható különbségek jelentős mértékben társadalmi és területi egyenlőtlenségére vezethetők vissza. Ez elsősorban azt jelenti, hogy a különböző településtípusokban élők összetétele eltér azokban a dimenziókban, amelyek meghatározzák az öngyilkosság szempontjából, legyenek azok jövedelmi, iskolázottsági, munkaerőpiaci különbségek, vagy a társadalmi hierarchia más dimenzióival kapcsolatosak. A hazai szakirodalomban jól dokumentált, hogy a munkaerőpiaci esélyeket nagyban befolyásolja a lakóhely településének típusa, a munkanélküliség jóval jelentősebb a falvakban, mint a városokban.⁶⁹ A szegénység kockázata a települési lejtő fokozatait követi, minél kisebb településen él valaki, annál

⁶⁹ Nagy Gyula – Sík Endre: Magyar Háztartási Panel, *Műhelytanulmányok 9, Zárótanulmány*, Budapest, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológiai Tanszék, Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés (TÁRKI), 1998.

nagyobb valószínűséggel válik szegénnyé.⁷⁰ A településhierarchia összefügg a társadalom vertikális tagolódásával is. Az öngyilkosság szempontjából különösen magas kockázatú társadalmi csoportok: a munkanélküliek, az alacsony iskolázottságúak és a rokkantnyugdíjasok nagyobb arányban élnek a községekben, mint a városokban.⁷¹ A települési hátrányok miatt a rurális környezetben élő férfiak nagyobb valószínűséggel képtelenek megfelelni a hagyományos családfenntartó szerepelvárásoknak, ami hozzájárulhat az alkoholfogyasztás rendszereesebbé válásához, amely közismerten az öngyilkosság kockázati faktora. Nem zárható ki továbbá az sem, hogy a lelki eredetű megbetegedések jelentősebb stigmatizációval járnak a vidéki társadalomban, ami az orvoshoz fordulás elutasítását is eredményezheti.

A kisebb települések felzárkózásából, az abszolút különbségek csökkenéséből azonban arra kell következtetnünk, hogy a vidéki (falvakban és kisvárosokban élő) népesség számára is elérhetővé válhattak olyan erőforrások, megbirkózási stratégiák, válaszok, amelyek végül a különbségek jelentős csökkenéséhez vezettek. Nem tudjuk, az elvándorlás mint lehetséges kivonulási stratégia hozzájárulhatott-e, és ha igen, milyen mértékben az öngyilkosság csökkenéséhez.

Újabb adatok alapján a lakóhely településtípusa szerint nem találtunk különbséget a nők öngyilkossági rátái között. Ez természetes nem zárja ki, hogy mikroszinten a rurális környezet ne befolyásolná az öngyilkosság kockázatát. Elképzelhető, hogy a valaha alacsonyabb községi öngyilkossági ráta a családi és vallási közösségek erősebb integrációs erejével, a nők számára elérhető sokszínű társadalmi kapcsolatokkal, a hagyományos paraszti világban kevésbé jellemző egészségkárosító magatartással függött össze. Józan⁷² még az ezredforduló előtt a budapesti nők egészségkárosító magatartásformáinak (dohányzásnak, alkoholfogyasztásnak) magasabb prevalenciájáról számolt be. A mérséklődés összefüggésben lehet az életmódváltással és az ellátórendszer hatékonyságával. Ezek azonban pusztán feltevések, amelyek magyarázata további elemzéseket igényel.

⁷⁰ Gábos András – Szívós Péter: Jövedelmi szegénység és depriváció Magyarországon, in Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Ríport*, Budapest, TÁRKI, 2010.

⁷¹ Huszár Ákos (szerk.): *A társadalom rétegződése*, 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS 15., Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2015.

⁷² Józan Péter: A nők egészségi állapotának néhány jellemzője, in Pongrácz Tiborné – Tóth István György (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, Budapest, TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nő képvisleti Titkársága, 1999, 101–115.

BIBLIOGRÁFIA

- ALAGHEHBANDAN, R. – LARI, A. – JOGHATAEI, M. T. – ISLAMI, A.: The role of marital status, literacy, and urbanicity in suicidal behavior by burns in the province of Khorasan, Iran, *Community Mental Health Journal*, 47, 2011, 181–185.
- BALLER, R. D. – SHIN, D-J. – RICHARDSON, K. K.: An Extension and Test of Sutherland's Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (3), 2005, 343–355.
- BELUSZKY P. – GYÖRI R.: Ez a falu város! (Avagy a városi rang adományozásának gyakorlata s következményei 1990 után), *Tér és Társadalom*, 20 (2), 2006, 65–81.
- BRANAS, Charles C. – NANCE, Michael L. – ELLIOTT, Michael R. – RICHMOND, THERESE S. – SCHWAB, C. WILLIAM: Urban–Rural Shifts in Intentional Firearm Death: Different Causes, Same Results, *American Journal of Public Health*, 94(10), 2004, 1750–1755.
- CHANG, S-S. – STERNE, J. A. C. – WHEELER, B. W. – LU, T-H. – LIN, J-J. – GUNNELL, D.: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socioeconomic correlates, *Health and Place*, 17, 2011, 641–650.
- CSEH-SZOMBATHY L.: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 2, 1963, 186–216.
- DURKHEIM, E.: *Az öngyilkosság*, Szociológiai tanulmány, 2. kiadás, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.
- EUROSTAT: Revision of the Standard European Population, Report of Eurostat's task force. Eurostat Methodologies and Working Papers, Publication Office of the European Union, Luxemburg, 2013.
- FÖLDES Béla: *Statisztikai Eladások*, II. sorozat, Budapest Politzer-féle Könyvkiadóvállalat, 1905.
- GÁBOS A. – SZÍVÓS P.: Jövedelmi szegénység és depriváció Magyarországon, in Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Riport*, Tárki, Budapest, 2010.
- GARGAS, S.: Suicide in Netherlands, *American Journal of Sociology*, 37 (5), 1932, 697–713.
- HALBWACHS, M.: *The Causes of Suicide*. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc. New York, 1930.

- HANDLEY, T. E. – INDER, K. J. – KELLY, B. J. – ATTIA, J. R. – KAY-LAMBKIN, E. J.: Urban-rural influences on suicidality: gaps in the existing literature and recommendations for future research, *Australian Journal of Rural Health*, 19, 2011, 279–283.
- HIRSCH, J. K.: A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention, *Crisis*, 2006, 27, 189–199.
- HIRSCH, J. K. – CUKROVICZ, K. C.: Suicide in Rural Areas: An Updated Review of the Literature, *Journal of Rural Mental Health*, 38 (2), 2014, 10.1037/rmh0000018.
- HOOGE, M. – VANHOUTTE, B.: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41 (4), 2011, 453–464.
- HUSZÁR Á. (szerk.): A társadalom rétegződése, 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS 15., Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2015.
- JÓBB S.: Az öngyilkosságok területi jellemző Magyarországon, in *Területi Statisztika*, 23, 1973, 39–53.
- JÓZAN P.: A nők egészségi állapotának néhány jellemzője, in Pongrácz Tiborné – Tóth István György (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, Budapest, TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nő képviselői Titkársága, 1999, 101–115.
- KOLOZSI B.: A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1988-as csökkenése és annak összetevői, *Alkohológia*, 21 (1), 1990, 17–24.
- KOVÁCS N.: Öngyilkossági esetek Magyarországon, *Magyar Statisztikai Szemle*, 8, 1943, 407–420.
- KROSE, H. A.: *Die Ursachen der Selbstmordhäufigkeit*, Freiburg im Breisgau, Herdersche Verlagshandlung, 1906.
- LEVIN, K. A. – LEYLAND, A. H.: Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981–1999, *Social Science & Medicine*, 60, 2005, 2877–2890.
- MARTIN, D. – BRIGHAM, P. – RODERICK, P. – BARNETT, S. – DIAMOND, I.: The (mis)representation of rural deprivation, *Environment and Planning A*, 32, 2000, 735–751.
- MASARYK, Thomas G.: *Suicide and The Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1970.
- MELLY József: Az öngyilkosságok Budapesten és az európai nagyvárosokban, *Statisztikai Közlemények*, 56. kötet, 2. szám, Budapest, Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala, 1928.
- MIDDLETON, N. – GUNNELL, D. – FRANKEL, S. – WHITLEY, E. – DORLING, D.: Urban–rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981–1998, *Social Science & Medicine*, 57, 2003, 1183–1194.

- MOKSONY F.: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei, A Központi Statisztikai Hivatal Népszélettudományi Kutató Intézetének Kutatási jelentései, 1984.
- MOKSONY F.: A fejlődés ára, vagy az elmaradottság átka: Az öngyilkosság alakulása Magyarország községeiben, *Szociológiai Szemle*, 2, 1995, 73–84.
- MORSELLI, Henri: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, 1975.
- MOZOLOVSZKY S.: Az öngyilkosságok statisztikájának első tíz éve, *Magyar Statisztikai Szemle*, 2, 1940, 95–101.
- NAGY GY. – SÍK E.: *Magyar Háztartási Panel Műhelytanulmányok*, 9, Zárótanulmány, Budapest, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológiai Tanszék, Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés (TÁRKI), 1998.
- ONS: Office for National Statistics (é.n): The impact of calculating mortality rates using the 2013 European Standard Population on causes of death. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160107061143/http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/health-and-life-events/revised-european-standard-population-2013--2013-esp-/rpt-2013-esp-mortality-rates.pdf>
- OTSU, A. – ARAKI, S. – SAKAI, R. – YOKOYAMA, K. – VOORHEES, A. S.: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science & Medicine*, 58, 2004, 1137–1146.
- PAGE, A. – MORELL, S. – TAYLOR, R. – DUDLEY, M. – CARTER, G.: Further increases in rural suicide in young Australian adults: Secular trends, 1979–2003, *Social Science & Medicine* 65, 2007, 442–453.
- PEEK-ASA, C. – ZWERLING, C. – STALLONES, L.: Acute Traumatic Injuries in Rural Populations, *American Journal of Public Health*, 94, 2004, 1689–1693.
- PHILLIPS, M. R. – LI, X. – ZHANG, Y.: Suicide rates in China, 1995–99, *Lancet*, 359 (9309), 2002, 835–40.
- QIN, P. – AGERBO, E. – MORTENSEN, P. B.: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors, *British Journal of Psychiatry*, 17, 2003, 546–550.
- RAZVODOVSKY, Y. – STICKLEY, A.: Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990–2005. *Public Health*, 123, 2009, 27–31.
- SAUNDERSON, T. R. – LANGFORD, I. H.: A study of the geographical distribution of suicide rates in England and Wales 1989–1992 using empirical Bayes estimates, *Social Science and Medicine*, 43 (4), 1996, 489–502.

- SANTANA, P. – COSTA, C. – CARDOSO, G. – LOUREIRO, A. – FERRÃO, J.: Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis, *Health & Place*, 35, 2015, 85–94.
- SINGH, Gopal K. – SIAHPUSH, Mohammad: Increasing Rural-Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997, *American Journal of Public Health*, 92 (7), 2002, 1161–1167.
- SINGH, G. K. – AZUINE, R. – SIAHPUSH, M. – KOGAN, M. D.: All-cause and cause-specific mortality among US youth: Socioeconomic and rural–urban disparities and international patterns, *Journal of Urban Health*, 2013, 90, 388–405.
- STACK, S.: Suicide – a decade review of the sociological literature, *Deviant Behavior*, 4, 1982, 41–66.
- SZÉL T.: Az öngyilkosság demográfiája, I. rész, *Magyar Statisztikai Szemle*, 7, 1928, 715–734.
- SZEPESI G.: A rendszerváltozás utáni várossá avatások Magyarországon, *Tér és Társadalom*, 22 (2), 2008, 53–70.
- TAYLOR, Richard – MORRELL, Stephen – SLAYTOR, Emma – FORD, Paul: Suicide in urban New South Wales, Australia 1985–1994: Socioeconomic and migrant interactions, *Social Science & Medicine*, 47 (11), 1998, 1677–1686.
- TITELMAN, D. – OSKARSSON, H. – WAHLBECK, K. – NORDENTOFT, M. – MEHLUM, L. – JIANG, G-X. – ERLANGSEN, A. – NRUGHAM, L. – WASSERMAN, D.: Suicide mortality trends in the Nordic countries, 1980–2009, *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 2013, 414–423.
- WHITLEY, E. – GUNNELL, D. – DORLING, D. – DAVEY SMITH, G.: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037.
- WILKINSON, D. – GUNNEL, D.: Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988–1997, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (2), 2000, 153–157.
- ZONDA T.: Öngyilkosság, statisztika, társadalom, Budapest, Kairosz, 2006.
- ZONDA T. – VERES E.: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000), *Addiktológia*, 3 (1), 2004, 7–23.
- ZONDA T. – PAKSI B. – VERES E.: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010), *Műhelytanulmányok* 2, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2013.

ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS ÖNGYILKOSSÁG



BÁLINT LAJOS – OSVÁTH PÉTER

A modern szuicidológiai kutatások alapján az öngyilkosságot összetett, multikauzális jelenségként értelmezzük. Alakulásában szocioökonómiai, demográfiai, kulturális, pszichológiai és életmóddal kapcsolatos kockázati tényezők egyaránt szerepet játszanak. Tanulmányunkban az iskolai végzettség és az öngyilkosságok kapcsolatát elemezzük. A fejezet a következőképpen épül fel: először a szocioökonómiai státus általános halandóságban játszott szerepét tárgyaljuk, majd összefoglaljuk a szakirodalom öngyilkossággal kapcsolatos eredményeit. Az irodalmi áttekintést követően kortárs hazai adatok segítségével illusztráljuk a fontosabb összefüggéseket.

A SZOCIOÖKONÓMIAI STÁTUS SZEREPE AZ ÁLTALÁNOS HALANDÓSÁGBAN

A magas szocioökonómiai státus kedvezőbb egészségi állapotot és alacsonyabb halálozási kockázatot jelent.¹ A státus és a halandóság közötti inverz kapcsolat tartósan erős időben, térben és halálokok szerint is.²

A jól ismert, univerzális jelenség iránt tapasztalható fokozott érdeklődés részben annak köszönhető, hogy az általános halandósági viszonyok javulása ellenére az életkilátások társadalmi különbségei még a legfejlettebb egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országokban sem csökkennek.³

¹ R. G. Rogers – R. A. Hummer – C. B. Nam: *Living and Dying in the USA: Behavioral, Health, and Social Differentials of Adult Mortality*, New York, Academic Press, 2000.

² D. J. N. Black – S. M. Cyril – P. Townsend: *Inequalities in Health: The Black Report*, Middlesex, England, Penguin, 1982; M. M. Marmot – M. Shipley – G. Rose: Inequalities in Death-Specific Explanations or a General Pattern?, *Lancet*, 1, 1984, 1003–1006; P. D. Sorlie – E. Backlund – J. B. Keller: U.S. Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study, *American Journal of Public Health*, 85, 1995, 949–56.

³ I. T. Elo: Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective, *Annual Review of Sociology*, 35, 2009, 553–572; P. Martikainen

A halandóság szocioökonómiai különbségek szerinti vizsgálatának népszerűsége összefügg azzal is, hogy a különbségek más vetületeihez képest a társadalom egyes alcsoportjai jobban szegmentálhatók. Társadalom- és egészségpolitikai nézőpontból a társadalmi státus különbségei pontosabban rávilágítanak az egészség-egyenlőtlenségre és a jóléti különbségekre, ezáltal a társadalmi folyamatok jobb megértését teszik lehetővé.⁴

A szocioökonómiai státus szerinti egyenlőtlenségeket az irodalom jellemzően három dimenzió, az iskolázottság⁵, a foglalkozás⁶ és a jövedelem⁷ szerint tárgyalja. A jóval egyenlőtlenebb eloszlást mutató, vagyon szerinti egyenlőtlenségi vizsgálatok ritkábban fordulnak elő.⁸

A demográfiai és az epidemiológiai kutatásokban az iskolai végzettség alapmutatónak tekinthető.⁹ A társadalmi egyenlőtlenség más indikátoraival szemben az iskolai végzettségnek több előnyös tulajdonsága ismert. Mindenekelőtt az iskolázottság a legkonzisztensebb és a legerősebb kapcsolatot mutatja az egészségi állapot különféle indikátoraival,¹⁰ például a felnőttkori egészségmagatartási szokások közül a dohányzás és a testmozgás is sokkal erősebben kapcsolódik az iskolai végzettséghez, mint a jövedelemhez és a foglalkozáshoz.¹¹ Míg az iskolai végzettség formálisan minden egyén esetében meghatározható, addig a foglalkozási státus az idősek, a munkaerőpiactól távol levők esetében akadályokba

– T. Valkonen – T. Martelin: Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 2001, 494–499; I. T. Elo – P. Martikainen – K. P. Smith: Socioeconomic differentials in mortality in Finland and the United States: the role of education, *European Journal of Population*, 22, 2006, 179–203.

⁴ T. Valkonen: Social Inequalities In Mortality, in Graziella Caselli – Jacques Vallin – Guillaume Wunsch (eds.): *Demography: Analysis And Synthesis*, Volume II, Amsterdam, Elsevier, 2006, 195–206.

⁵ I. T. Elo – S. H. Preston: Educational Differentials In Mortality: United States, *Social Science And Medicine*, 42 (1), 1996, 47–57.

⁶ G. Dolbhammer – R. Rau – J. Kytir: Trends In Educational And Occupational Differentials In All-Cause Mortality In Austria Between 1981/82 And 1991/92, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 117 (13/14), 2005, 468–479.

⁷ G. Henriksson – P. Allebeck – R. G. Weitoft – D. Thelle: Income Distribution And Mortality: Implications From A Comparison Of Individual Level Analysis And Multilevel Analysis Of Swedish Data, *Scandinavian Journal Of Public Health*, 34 (2), 2006, 287–294.

⁸ A. H. Hummer – R. G. Rogers – I. W. Eberstein: Sociodemographic Differentials In Adult Mortality: Review Of Analytic Approaches, *Population And Development Review*, 24 (3), 1989, 553–578.

⁹ Elo – Preston: Educational Differentials In Mortality: United States.

¹⁰ Elo: Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective.

¹¹ M. A. Winkleby – D. E. Jatulis – E. Frank – S. P. Fortman: Socioeconomic Status And Health: How Education, Income And Occupation Contribute To Risk Factors For Cardiovascular Disease, *American Journal of Public Health*, 82, 1992, 816–830.

ütközik.¹² Az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek korlátlanul használhatók mindkét nemre az életút bármely szakaszában.¹³ Az egyén az iskolai végzettségét általában fiatalabb életkorban szerzi meg, és az későbbi élete során stabil marad, míg a jövedelem vagy a foglalkozási pozíció akár jelentősen is változhat az életút során.¹⁴

Az egészségi állapot romlása befolyásolhatja a foglalkozási és a jövedelmi helyzetet, az iskolai végzettség megszerzését a felnőttkori egészségkárosodás lényegében már nem módosítja, így az egészséggel kapcsolatos szelekciós hatás vagy fordított okság (*reverse causality*) kevésbé fordulhat elő.¹⁵ Az iskolai végzettség közvetlenül érinti a potenciális jövedelmi lehetőségeket, így az anyagi erőforrásokhoz való hozzáférést, befolyásolja a foglalkozási életpálya alakulását.¹⁶ Végül, az iskolai végzettség alkalmazása mellett szóló érv, hogy segítségével kidolgozhatók, monitorozhatók egészségpolitikai programok, ami a szocioökonómiai státus más komponenseiről, különösen a deprivációs mutatókról már nem mondható el.

Az iskolázottság egészségre gyakorolt jótékony hatása többféle elméleti nézőpontból tárgyalható. Végző soron valamennyi magyarázat az erőforrások differenciáltságát tekinti az életesélyek különbsége mögött meghúzódó legfontosabb tényezőnek. E helyütt a legismertebb ún. társadalmi okság magyarázatát írjuk le. Az elmélet szerint az iskolázottságnak az egészségi állapotra gyakorolt pozitív hatása három tényezőre vezethető vissza.¹⁷ Az első a munkaerőpiaci és gazdasági helyzettel függ össze. A magas iskolázottságúak foglalkozási esélyei jobbak, kisebb valószínűséggel válnak munkanélkülivé, jövedelemszintjük magasabb, kevésbé gyakran szembesülnek anyagi nehézségekkel. A gazdasági erőforrások mindegyike pozitívan hat az egészségi állapotra.

¹² S. H. Preston – I. T. Elo: Are Educational Differentials In Adult Mortality Increasing In The United States?, *Journal of Aging And Health*, 7 (4), 1995, 476–496; Elo – Preston: Educational Differentials In Mortality: United States; Elo – Martikainen – Smith: Socioeconomic differentials in mortality in Finland and the United States: the role of education.

¹³ S. Koskinen – T. Martelin: Why Are Socioeconomic Mortality Differences Smaller Among Women Than Among Men?, *Social Science and Medicine*, 10, 1994, 1385–1396.

¹⁴ Elo: Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective; Elo – Preston: Educational Differentials In Mortality: United States; V. M. Shkolnikov – D. M. Leon – S. Adamets – E. Andreev – A. Deev: Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994, *Social Science and Medicine*, 47 (3), 1998, 357–369.

¹⁵ Elo – Preston: Educational differentials in mortality: United States; Preston – Elo: Are Educational Differentials in adult Mortality Increasing in the United States?

¹⁶ C. E. Ross – J. Mirowsky: Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity, *Demography*, 36 (4), 1999, 445–460.

¹⁷ C. E. Ross – C.-I. Wu: The Links Between Education and Health, *American Sociological Review*, 60 (5), 1995, 719–745.

Az iskolázottak a gazdasági erőforrásokon túl rendelkeznek olyan szociálpszichológiai erőforrásokkal is, mint a társas támogatás és a személyes kontroll, amelyek egészségi állapotukat közvetlenül befolyásolják. Az alacsony státusúak kontrollérzetének a hiánya a tehetetlenség érzésével van összefüggésben, a cselekvő úgy véli, hogy nem képes befolyásolni az eseményeket, a situációk kimenetét: külső erők, mások, a szerencse, a sors vagy a véletlen alakítják. A kontrollérzet alapvetően azt jelenti, hogy a cselekvések eredményei az egyén döntéseitől függenek, az egyén képes kontrollálni és hatékonyan megváltoztatni a környezetét. Az iskolázottsággal olyan képességek alakulnak ki, amelyek növelik a kontrollnak, az önirányításnak, a saját élet alakításának a képességét, ezért az iskolázottabbak egészségtudatosabb életmódot folytatnak, képesek kerülni vagy mérsékelni az egészségre káros életmódszokásokat. A társas támogatás annak az érzése, hogy értékelnek, megbecsülnek és szeretnek bennünket, részesei vagyunk egy olyan hálózatnak, amelyben kölcsönösen számíthatunk egymásra. Az alacsony iskolázottságúaknál a szűkösebb strukturális erőforrások és a kapcsolatok homogám jellege miatt kisebb a támogató kapcsolatok valószínűsége, és nagyobb a családi konfliktusok előfordulásának a gyakorisága. Éppen azok részesülnek kisebb támogatásból, akik leginkább rászorulnának. Ross és Wu¹⁸ szerint az iskolázottság egészségi állapotra gyakorolt jótékony hatásának harmadik összetevője az életmód. A magasabb iskolázottságúak egészségesebb életmódot folytatnak, alkoholfogyasztásuk mérsékeltebb, körükben kevesebben dohányoznak, rendszeresebben végeznek testedzést.

A SZOCIOÖKONÓMIAI STÁTUS SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁGBAN

Az iskolázottság és öngyilkosság kapcsolata más szocioökonómiai indikátorokhoz képest kevésbé hangsúlyozott és elméletileg jól átgondolt eleme az öngyilkossági kutatásoknak.¹⁹ A 19. századi társadalomtudományi művekben a társadalmi különbségeket elsősorban foglalkozási csoportok szerint tárgyalták, ehhez a

¹⁸ Ross – Wu: The Links Between Education and Health, *American Sociological Review*, 60 (5), 1995, 719–745.

¹⁹ J. T. Denney – R. G. Rogers – P. M. Krueger – T. Wadsworth: Adult Suicide Mortality In The United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, And Differences By Sex, *Social Science Quarterly*, 2009, 90 (5), 1167–1185; M. Pompili – M. Vichi – P. Qin – M. Innamorati – D. De Leo: Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study, *Journal of Affective Disorders*, 147 (1–3), 2013, 437–40; S. Stack: Suicide: A Decade Review Of The Sociological Literature, *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 4, 1982, 41–65; S. Stack: Suicide: A 15-Year Review Of The Sociological Literature. Part I: Cultural And Economic Factors, *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 30, 2000, 145–162.

tradícióhoz kapcsolódott Durkheim²⁰ is. A korabeli elképzelés szerint az öngyilkosság a társadalmi ranglétrán felfelé haladva nő, a jómódú társadalmi osztályokban, a szabad szellemi és kereskedelmi foglalkozásúaknál fordul elő leggyakrabban.²¹ Durkheim szerint a szegénység önmagában immunissá tesz az öngyilkossággal szemben, mivel az alárendelt társadalmi helyzet a vágyak korlátozásához, a kollektív fegyelem engedelmes elfogadására ösztönöz, az irigység és az irreális vágyak hiánya nem vezet egyensúlyvesztéshez. Ezzel szemben a gazdagság a korlátlanság illúzióját kelti az emberben, ezáltal elviselhetetlenné válik az életfeltételek változásának elfogadása, ami a cél–eszköz egyensúly megbomlásához vezet.

A 20. század közepéig az öngyilkosság szocioökonómiai státus szerinti különbségeit továbbra is a foglalkozási csoportok szerint értékelték, a témakörrel kapcsolatos rendszeres adatgyűjtések elszórtan fordultak elő.²² A társadalmi különbségekkel foglalkozó tanulmányok végső konklúziójukban egyetértettek abban, hogy az öngyilkosság és a társadalmi státus között pozitív kapcsolat van, az öngyilkosság a társadalmi ranglétra tetején elhelyezkedők, a magasán képzett csoportok körében a leggyakoribb. Cavan²³ a magasabb iskolázottságúak fokozottabb fenyegetettségét e társadalmi csoport sokrétű aspirációjának a kielégítetlenségével magyarázta.

Henry és Short²⁴ agresszió–frusztráció elmélete szerint a viselkedés számára irányadó elvárásokat a társadalmi kontroll és a külső kényszerek határozzák meg, mindkettő szoros kapcsolatban áll a státushierarchiában elfoglalt pozícióval, valamint a kapcsolati rendszerrel. Az agresszió kifejeződése státuspozíció szerint differenciálódik. Az alacsony státusúakat erős külső kényszerek és gyenge kapcsolati rendszer jellemez, frusztrációjuk mások elleni erőszakban, gyilkosságokban fejeződik ki, míg a magas státusúaknál a frusztráció által kiváltott agresszió önmaguk ellen irányul.

A múlt század második felében kezdtek felbukkanni azok a beszámolók, amelyek az öngyilkosság és a társadalmi státus közötti pozitív kapcsolatot vitatni kezdték. Dublin²⁵ azt találta, hogy a legmagasabb kockázatú felnőtt népességben (20–64

²⁰ Émile Durkheim: *Az öngyilkosság – Szociológiai tanulmány*, 2. kiadás, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.

²¹ Uo.; H. Morselli: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, A New York Times Company, 1975, 243–255.

²² W. L. Li: *Suicide And Educational Attainment In Transitional Society*, *The Sociological Quarterly*, 13, 1972, 253–258.

²³ R. S. Cavan: *Suicide*, The University Of Chicago Sociological Series, New York, Reissued By Russel & Russel, Sentry Press, 1928/1965, 324.

²⁴ A. F. Henry – J. F. Short: *Suicide And Homicide. Some Economic, Sociological And Psychological Aspects of Aggression*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1957.

²⁵ L. I. Dublin: *Suicide. A Sociological and Statistical Study*, Dublin, The Ronald Press Company, 1963.

éves) a legmagasabb és a legalacsonyabb társadalmi státusúak egyaránt érintettek, míg az idősök körében az osztálykülönbségek nem meghatározóak. Dublin szerint a különböző társadalmi osztályok öngyilkossági késztetési mögött eltérő okok húzódnak. A felső osztályok öngyilkosságát munkájukkal kapcsolatos stressz-szituációk halmozódásával és státuszuk változásával kapcsolatos feszültségekkel, míg az alsó társadalmi osztályok önpusztítását a munkanélküliség következményeivel, anyagi ellehetetlenülésükkel és kilátástalanságukkal magyarázta.

Sainsbury londoni ökológiai munkájában azt találta, hogy a legmagasabb rátájú kerületek között egyaránt találhatók alacsony jövedelmű és középosztálybeli, közepesen jómódú kerületek is.²⁶ A hatvanas évek elejéről származó taiwani elemzés már egyértelműen az iskolázottság és az öngyilkosság inverz kapcsolataira világított rá.²⁷ Li a korábbiakhoz képest szokatlan kapcsolatot a társadalmi átalakulás hatásának tulajdonította. Úgy vélte, hogy alacsony képzettségűek sérelem vagy sikertelenség esetén alávetik magukat a csoport elvárásainak, míg az iskolázottak már érzéketlenek a tradíció sugallta normák iránt, így kisebb hajlamot mutatnak az önpusztításra.

KORTÁRS TAPASZTALATOK

Napjainkban már jelentős számú empirikus bizonyíték szól amellett, hogy a szocioökonómiai státus szinte bármely összetevője, az iskolázottság,²⁸ a jövedelem,²⁹ a vagyon,³⁰ a foglalkozási státus³¹ és a foglalkozási pozíció³² szignifikánsan

²⁶ P. Sainsbury: *Suicide In London*, in A. Giddens (ed): *The Sociology Of Suicide. A Selection of Readings*, London, Frank Cass & Co. Ltd, 1971, 246–258.

²⁷ Li: *Suicide And Educational Attainment In Transitional*.

²⁸ Stack: *A 15-Year Review of the Sociological Literature*; Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: *Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size*.

²⁹ S.-U. Lee, – I.-H. Oh – H. J. Jeon – S. Roh: *Suicide Rates Across Income Levels: Retrospective Cohort Data On 1 Million Participants Collected Between 2003 And 2013 In South Korea*, *J Epidemiol*, 27 (6), 2017, 258–264; P. Martikainen – P. Mäkelä – S. Koskinen – T. Valkonen: *Income Differences In Mortality: A Register-Based Follow-Up Study Of Three Million Men And Women*, *International Journal Of Epidemiology*, 30, 2001, 1397–1405.

³⁰ V. Lorant – A. E. Kunst – M. Huisman – G. Costa – J. Mackenbach: *On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study*, *British Journal Of Psychiatry*, 187, 2005, 49–54.

³¹ A. J. Kposowa: *Unemployment And Suicide: A Cohort Analysis Of Social Factors Predicting Suicide In The Us National Longitudinal Mortality Study*, *Psychological Medicine*, 31, 2001, 127–138; Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: *Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size*.

³² T. Valkonen – T. Martelin: *Occupational Class And Suicide: An Example Of The Elaboration Of A Relationship*, Research Reports, No. 222, Department Of Sociology, Helsinki, University Of Helsinki, 1988.

befolyásolja az öngyilkosság elkövetésének a kockázatát. A magasabb társadalmi státusz védelmet jelent az öngyilkossággal szemben.

A munkanélküliség magasabb öngyilkossági kockázatát számos tanulmány leírja,³³ az újabban publikált elemzések közül Milner és kollégáinak tanulmánya³⁴ világít rá a jobb foglalkozási pozíciók előnyeire. A kortárs összehasonlító európai elemzések a szocioökonómiai státus változói közül az iskolázottság szerinti különbségekre helyezik a hangsúlyt.³⁵

A szocioökonómiai státus nemcsak a befejezett öngyilkossági események alakításában játszik kulcsszerepet, hanem az öngyilkossági gondolatok előfordulásánál és a paraszucid cselekményeknél is kimutatható a jelentősége.³⁶ Ezt egy hatalmas amerikai adatbázison végzett elemzés is megerősítette, mely a kétezres években a szuicid kísérletek markáns növekedését találta, különösen az alacsonyban képzett fiatalok körében. Az alacsonyabb képzettségűek szuicid rizikója négyszeres volt a diplomásokéhoz képest.³⁷ Az alacsonyabb iskolázottság hatását egy magyar szuicid kísérletezők körében végzett interjú vizsgálat is igazolta, az alacsony képzettség növelte a szuicid kísérlet ismétlődésének kockázatát.³⁸

³³ A. J. Kposowa: Marital Status And Suicide In The National Longitudinal Mortality Study, *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 54, 2000, 254–261; Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: Adult Suicide Mortality In The United States: Marital Status, Family Size; A. L. Kellermann – F. P. Rivara – P. Frederich – G. Somes – D. R. Reay – J. Francisco – J. G. Banton – G. Joyce – J. Prodzinski – C. Fligner – B. B. Hackman: Suicide In The Home In Relation To Gun Ownership, *The New England Journal Of Medicine*, 327 (7), 1992, 467–472.

³⁴ A. Milner – M. J. Spittal – J. Pirkis – A. D. Lamontagne: Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis, *Br J Psychiatry*, 203, 2013, 409–16.

³⁵ V. Lorant – A. E. Kunst – M. Huisman – M. Bopp – J. Mackenbach: The Eu Working Group. A European Comparative Study Of Marital Status And Socio-Economic Inequalities in Suicide, *Social Science and Medicine*, 60, 2005, 2431–2441; Lorant – Kunst – Huisman – Costa – Mackenbach: On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study.

³⁶ M. H. Kim – K. Jung-Choi – H. J. Jun – I. Kawachi: Socioeconomic Inequalities In Suicidal Ideation, Parasuicides, and Completed Suicides In South Korea, *Social Sciences and Medicines*, 70 (8), 2010, 1254–1261.

³⁷ M. Olfson – C. Blanco – M. Wall – S. M. Liu – T. D. Saha – R. P. Pickering – B. F. Grant: National Trends In Suicide Attempts Among Adults In The United States, *Jama Psychiatry*, 74 (11), 2017, 1095–1103.

³⁸ Osváth, P. – Kelemen, G. – Erdős M. B. – Vörös, V. – Fekete, S.: The Main Factors Of Repetition: Review Of Some Results Of The Pecs Center In The Who/Euro Multicentre Study On Suicidal Behaviour, *Crisis*, 24, 2003, 151–154.

AZ ISKOLÁZOTTSÁG HATÁSA AZ ÖNGYILKOSSÁGRA

Az előnyösebb társadalmi helyzet különböző mechanizmuson keresztül képes mérsékelni az öngyilkosság előfordulását.³⁹ A magasabb státus az anyagi, intézményi, pszichoszociális források differenciált hozzáférését biztosítja. Ugyanakkor nem csupán a lehetőségek differenciáltak, hanem az egyes társadalmi csoportokat érintő kockázati tényezők is eltérnek. Az alacsonyabb társadalmi státuszúak gyakrabban szembesülnek olyan negatív életeseményekkel, amelyek közvetlen befolyással vannak az öngyilkossági kockázatokra, mint például a munkanélküliséggel⁴⁰ vagy az ezzel szorosan összefüggő anyagi nehézségekkel,⁴¹ továbbá a válással.⁴² Ezzel szemben a magasabb társadalmi-gazdasági státus a magasabb jövedelem révén elősegítheti a jobb egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést.⁴³ Az iskolázottnak köszönhetően a foglalkoztatottsági előnyök tartósabb baráti-munkahelyi kapcsolatok létrejöttét eredményezhetik, ami a társadalmi integráció egyik fontos forrása. A foglalkoztatottság önmagában is értelmet és szervezettséget nyújthat a napi élet rutintevékenységeihez.⁴⁴

Egy nemrégiben megjelent tanulmány szerint az Egyesült Államokban az ezredfordulót követő másfél évtizedben az alacsony és magas iskolázottségűek öngyilkossági rátái közötti különbség nem változott.⁴⁵ A szerzők a társadalmi és gazdasági, valamint a kulturális erőforrások szerepét emelték ki, emellett a mentális zavarok (különösen az addikciók) magasabb arányát és ezek alulkezelésének lehetőségét is felvetették. A szuicid viselkedés jellemzőit elemezve rámutattak arra, hogy az alacsonyabb végzettségűek körében sokkal jelentősebb

³⁹ Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size.

⁴⁰ T. A. Blakely – S. C. D. Collings – J. Atkinson: Unemployment And Suicide. Evidence For A Causal Association, *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 57, 2003, 594–600; T. Yamauchi – T. Fujita – H. Tachimori – T. Takeshima – M. Inagaki – A. Sudo: Age-Adjusted Relative Suicide Risk By Marital And Employment Status Over The Past 25 Years In Japan, *Journal of Public Health* (Oxf.), 35, 2013, 49–56; Kposowa: Unemployment and Suicide: A Cohort Analysis of Social Factors Predicting Suicide in the US National Longitudinal Mortality Study.

⁴¹ Pompili – Vichi – Qin – Innamorati – De Leo: Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study.

⁴² Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex.

⁴³ Uo.; B. H. Strand – E.-K. Groholt – Ó. A. Steingrimsdóttir – T. Blakely – S. Graff-Iversen – N. Øyvind: Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000, *British Medical Journal*, 340, c, 2010, 654.

⁴⁴ Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex.

⁴⁵ J. A. Phillips – K. Hempstead: Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014, *American Journal of Preventive Medicine*, 53 (4), 2017, 123–130.

volt az interperszonális problémák aránya, míg a magasabb végzettségűeknél a munkahelyi problémák voltak meghatározóak, ami érvelésük szerint magyarázhatja a (középkorú) diplomás férfiak öngyilkossági rátájának átmeneti emelkedését a gazdasági recesszió idején (2007–2009).⁴⁶

A társadalmi egyenlőtlenség különböző dimenzióinak általános halandóságra gyakorolt hatását vizsgáló korábbi tanulmányok arra hívták fel a figyelmet, hogy a szocioökonómiai státus mutatói nem teljesen cserélhetők fel egymással, mivel azok az egyenlőtlenség eltérő aspektusaira utalnak.⁴⁷ Az öngyilkossággal kapcsolatban ennek inkább az ellenkezőjére találunk példákat, a szocioökonómiai státus alternatív mutatói közül rendszerint több inszignifikánsná válik együttes hatásuk tesztelését követően.

Egy finn vizsgálat tapasztalatai szerint például az iskolázottság hatását a foglalkozási osztályhelyzet közvetítette.⁴⁸ Cubbin és kollégái⁴⁹ az aktív korú népesség esetében számos kontrollváltozó bevonása után nem találtak szignifikáns kapcsolatot az iskolázottság és az öngyilkosság között, míg a gyilkosságoknál, és a motoros baleseteknél az alacsonyabb iskolázottságúak magasabb kockázata igazolódott. Lewis és Slogett⁵⁰ követéses vizsgálatában a munkanélküliség és a háztulajdon (vagyon helyzet) bizonyult meghatározónak, miközben az iskolai végzettség és az osztályhelyzet nem befolyásolta az öngyilkosság elkövetésének kockázatát. Hasonló eredményt hozott Blakely és kollégáinak kohorsz vizsgálata is.⁵¹ A munkanélküliségi változó hatásának nagyságát a szocioökonómiai státus más változói (jövedelem, iskolai végzettség, autótulajdon, depriváció és a családi állapot) érintetlenül hagyták. A szocioökonómiai háttérváltozók közül az iskolai végzettség inszignifikánsnak bizonyult. Egy észak-amerikai longitudinális vizsgálat sem talált kapcsolatot az iskolázottság és az öngyilkosság között a nőknél, míg a férfiaknál igen.⁵² Egy nemrégiben megjelent spanyol kutatás kizárólag a

⁴⁶ Uo.

⁴⁷ Martikainen – Valkonen – Martelin: Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95; Kovács K. – Bálint L.: Education, income, material deprivation and mortality in Hungary between 2001 and 2018, *Demografia*, English Edition, 57, (4), 2014, 73–89.

⁴⁸ Valkonen – Martelin: *Occupational Class and Suicide: An Example of the Elaboration of a Relationship*.

⁴⁹ C. Cubbin – F. B. Leclerc – G. S. Smith: Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, 517–524.

⁵⁰ G. Lewis – A. Slogett: Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study, *British Medical Journal*, 317, 1998, 1283–1286.

⁵¹ Blakely – Collings – Atkinson: Unemployment and suicide. Evidence for a causal association.

⁵² Kposowa: Unemployment and Suicide: A Cohort Analysis of Social Factors Predicting Suicide in the US National Longitudinal Mortality Study.

legiskolázatlanabb nők többletkockázatáról számolt be, míg a képzettebb csoportok nem tértek el egymástól szignifikánsan.⁵³ Újabb eredmények azt mutatják, hogy a szocioökonómiai státus és a szuicid mortalitás közötti kapcsolat nemenként eltérhet. A férfiaknál túlnyomórészt érvényesül a státusz növekedésével csökkenő kockázat, míg a nőknél kevésbé.⁵⁴ Az iskolázottság és az öngyilkosság kapcsolata nem csupán szabályszerűbb, hanem erősebb is a férfiaknál, mint a nőknél.⁵⁵

A kilencvenes évek elejéről származó európai összehasonlító vizsgálat az iskolázottság növekedésével többnyire monoton módon csökkenő szuicid halálozást talált a férfiaknál, a mintázat ettől jelentősen eltért a nőknél.⁵⁶ Szignifikáns inverz összefüggés csak Belgiumban és Finnországban fordult elő, Norvégiában, Dániában és Svájcban az alacsony iskolai végzettség bizonyult protektív hatásúnak, másutt (pl. az Egyesült Királyságban, Ausztriában) nem találtak statisztikailag megalapozott kapcsolatot az önpusztítás és az iskolázottság között. Ezzel szemben a szocioökonómiai státusz vagyoni helyzetre utaló változója, a lakástulajdon mindkét nemnél fontos magyarázóváltozónak bizonyult, a bérlők kockázata mind a nőknél, mind a férfiaknál következetesen magasabb volt, mint a tulajdonosoké.

Az öngyilkosság és a szocioökonómiai státus kapcsolatát számos további tényező módosíthatja. Nyolc európai ország/város kilencvenes évek elejéről származó követéses adatainak vizsgálata rámutatott, hogy az iskolai végzettség szerinti szuicid mortalitási egyenlőtlenségek mindenütt megfigyelhetők. Ehhez hasonlóan konzisztensen magasabb volt az öngyilkosság elkövetésének az esélye a nem házasok körében, de a nyolc ország közül csupán Dániában és Norvégiában

⁵³ L. Reques – G. Giráldez-García – E. Miqueleiz – M. J. Belza – E. Regidor: Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2014, 0: 1:10. doi:10.1136/jech-2014-204186.

⁵⁴ Uo.; Kposowa: Marital Status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study; Lorant – Kunst – Huisman – Costa – Mackenbach: On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study.

⁵⁵ Lorant – Kunst – Huisman – Costa – Mackenbach: On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study; Denney – Rogers – Krueger – Wadsworth: Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex; W. Y. Lee – Y-H. Khang – M. Noh – J-I. Ryu – M. Son – Y-P. Hong: Trends In Educational Differences In Suicide Mortality Between 1993–2006 in Korea, *Yonsei Medical Journal*, 50 (4), 2009, 482–492.

⁵⁶ Lorant – Kunst – Huisman – Costa – Mackenbach: On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study.

volt szignifikáns az alacsony iskolai végzettség és a nem házások változóinak az interakciója a felnőttek (30–64 évesek), és csak Norvégiában az idősek között (65–x).⁵⁷ Többségében tehát nem igazolódott az a feltevés, hogy az alacsony iskolázottságúak öngyilkosság-elkövetésének az esélye magasabb lenne a nem házások körében, mint a házások és magasan képzettek referenciacsoportjában.

A társadalmi-gazdasági státusz és az öngyilkosság kapcsolatát nem kíséri jelentős figyelem a hazai kutatásokban, jól jelzi ezt a közlemények visszafogott száma és a jelenség alulértékeltsége. Cseh-Szombathy László⁵⁸ a foglalkozási pozíció szerinti csoportosítás alapján meglepetten állapította meg a fizikai dolgozók szellemi foglalkozásúakat meghaladó öngyilkossági gyakoriságát.⁵⁹ A hetvenes évek közepén megjelent *Budapesti öngyilkosok vizsgálata 1972* című tanulmánykötet⁶⁰ a jövedelem kivételével a ma használatos szocioökonómiai státuszváltozók mindegyike alapján jellemezte az öngyilkossági különbségeket. A férfiaknál az iskolai végzettség szintjének emelkedésével (általános, közép- és felsőfokú iskola) csökkent az öngyilkossági ráta, a nőknél a különbségek kisebbek voltak, a középiskolát végzettek rátája árnyalatnyival alacsonyabb volt, mint a diplomásoké, és a népesség egészénél is hasonló sorrend mutatkozott. A megosztottság mindkét nemnél a legalacsonyabb végzettségűek és a középfokú vagy afeletti végzettségűek között húzódott. Budapesten a szellemi foglalkozásúak rátája mindkét nemnél alacsonyabb volt, mint a fizikai foglalkozásúaké. Vidéken a szellemi foglalkozású nők rátája felülmúlta a fizikai foglalkozásúakét. A lakáshasználati jogcím alapján azt találták, hogy a tulajdonosok és a főbérlők öngyilkossági gyakorisága több mint kétszeresen meghaladta a társbérletben, illetve az al- vagy ágybérletben lakóké.

Az öngyilkosság és a szocioökonómiai státusz összefüggését magyar kutatók befejezett öngyilkosságot elkövetők mintáján végzett pszichológiai autopsziás vizsgálata is megerősítette.⁶¹ Szerzőtársakkal közösen jegyzett két tanulmányban

⁵⁷ Uo.

⁵⁸ Cseh-Szombathy L.: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 1963, 2, 186–216.

⁵⁹ Cseh-Szombathy szerint a váratlan eredmény „...összefügghet nehezebb életkörülményekkel, egzisztenciális bizonytalanságukkal, de következménye lehet valamilyen egyéb oknak is, mint pl. betegség, amely befolyásolhatja életpályájukat is, és esetleg már emiatt nem juthattak tovább a segédmunkásságnál sem.” Cseh-Szombathy kijelentésben nem nehéz kiolvasni a szelekcióra vonatkozó magyarázat lehetőségét. Uo., 199.

⁶⁰ Harsányi László – Jobb Sándor – Miltényi Károly – Nemeskéri János – Szuchovszky Gyula: *Budapesti öngyilkosok vizsgálata 1972*, Budapest Központi Statisztikai Hivatal, Népességtudományi Kutató Intézetének Közleményei, 44, 1976.

⁶¹ Almasi K. – Belso N. – N. Kapur – R. Webb. – J. Cooper – S. Hadley – M. Kerfoot – G. Dunn – Sotonyi P. – Rihmer Z. – L. Appleby: Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study, *BMC Psychiatry*, 2009, 9, 45.

is foglalkoztunk az öngyilkosság és az iskolai végzettség kapcsolatával.⁶² Az 1980 és 2011 közötti cenzusalapú elemzés egyértelműen alátámasztotta az iskolázottság protektív szerepét. Az iskolázottság és az öngyilkosság inverz kapcsolata mindkét nemnél igazolódott, bár nőknél a különbségek kisebbek voltak.⁶³ Elemzésükben azt találtuk, hogy a legmagasabb és a legalacsonyabb iskolázottságú csoportok közötti különbségek növekedtek az elmúlt évtizedekben.

AZ ISKOLÁZOTTSÁG ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁG HAZAI TAPASZTALATAI

Jelen elemzés egy korábbi tanulmányunkban⁶⁴ szereplő adatok újraelemzésén alapul. Kérdésfeltevéseink több lényeges ponton különböznek a korábban tárgyaltaktól. E helyütt nagyobb hangsúlyt helyezünk az iskolázottság és szuicid mortalitás életkori összefüggéseinek a bemutatására.

ADATOK ÉS MÓDSZER

A tanulmány a 2011-ben befejezett öngyilkossági eseteket tartalmazza (BNO10: X600-X849). A 15 éves és idősebb népességen belül 2011-ben 2416-an vetettek véget önkezüleg életüknek (1844 férfi és 572 nő). Az esetek csekély hányadában ismeretlen volt a lakóhely (26 fő) és az életkor (2 fő), 158 (6,5%) esetben a halálozási regiszter nem tartalmazta az elhalálozott iskolai végzettségét. Összességében 159 olyan halálozási esetünk volt, amelyeknél a változók valamelyike ismeretlen volt.

Az adatok törlését elvetettük, a hiányzó értéket a legközelebbi szomszéd (*Nearest Neighbor*) módszerével pótoltuk.⁶⁵ A legközelebbi szomszéd módszer egy donor-alapú megközelítés, amelyben az imputált érték vagy egy teljesen létező megfigyelésből származó érték (1-NN), vagy k számú rekord

⁶² Bálint L. – Osváth P. – Rihmer Z. – Döme P.: Az iskolai végzettség, a családi állapot és a lakóhelyi régió hatása az öngyilkosságra – cenzus alapú negatív binomiális elemzés, *Psychiatria Hungarica*, 31 (1), 2016, 15–29; Bálint L. – Osváth P. – Rihmer Z. – Döme P.: Associations Between Marital And Educational Status And Risk of Completed Suicide In Hungary, *Journal Of Affective Disorders*, 190, 2016, 777–783.

⁶³ Bálint – Osváth – Rihmer – Döme: Associations Between Marital And Educational Status And Risk of Completed Suicide In Hungary.

⁶⁴ Bálint L. – Osváth P. – Rihmer Z. – Döme P.: Az iskolai végzettség, a családi állapot és a lakóhelyi régió hatása az öngyilkosságra – cenzus alapú negatív binomiális elemzés.

⁶⁵ L. Beretta – A. Santaniello: Nearest neighbor imputation algorithms: a critical evaluation, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16 (Suppl. 3), 2016, 74. DOI 10.1186/s12911-016-0318-z

mért értékeinek az átlaga.⁶⁶ Az eljárás mellett szólt, hogy egyaránt alkalmas a folytonos és a diszkrét értékek imputálására, a hiányzó értékeket olyan megfigyelések értékei alapján pótolja, amelyek a releváns jellemzőkben leginkább hasonlítanak egymásra. Az imputációhoz figyelembe vettük a lakóhelyi régiót, a családi állapotot, az életkort (korévenként), a nemet és az iskolai végzettséget. Az imputációhoz a hasonlóságot a legközelebbi három szomszéd értéke szerint definiáltuk.

Az elemzésben három befejezett iskolai végzettséget (1 = főiskolai, egyetemi diploma, 2 = szakmunkás és érettségi oklevél, 3 = legfeljebb nyolc befejezett osztály), a családi állapotot (1 = házas, 2 = nőtlen, hajadon, 3 = elvált, 4 = özvegy), a nemet (1 = nő, 2 = férfi), a lakóhelyi régiót (1 = nem alföldi régió, 2 = alföldi régió), és három korcsoportot (15-39, 40-59, 60≤) vettük figyelembe, mint kontrollváltozót. A kontrollváltozók mindegyikének jelentős szakirodalma van, ezek ismertetésétől azonban eltekintettünk. A népességadatok egy másik adatforrásból, a 2011. évi népszámlálási adatállományból származtak, ezeket a halálzási adatoknak megfelelően csoportosítottuk. A csoportosított adatok függőváltozója az adott csoport öngyilkossági esetszáma volt.

A regressziós elemzéseket a teljes életkor szegmens mellett a gazdaságilag aktív (15–59) és az idősebb (60–x) éves népességre elvégeztük, valamennyi esetben nemek szerint és az össznépességre egyaránt. Elemzésünkhöz először Poisson regressziót alkalmaztunk, de az azonos szórásra vonatkozó feltevés egyetlen esetben sem teljesült, ezért negatív binomiális regresszió mellett döntöttünk valamennyi modell esetében.

EREDMÉNYEK

A népesség egészére becsült modellnél (1. táblázat) a férfiak relatív kockázata az egyéb kontrollváltozók figyelembevétele után közel ötszöröse volt a nőknek. Minden egyéb változó kontrollja mellett a középkorúak kockázata valamennyi modellben magasabb volt, mint a 60 éveseké és az idősebbeké. Az életkor növekedésével emelkedő öngyilkossági ráta Magyarországon nem érvényesül, a ráta eloszlásának két maximum értéke van, az egyik a középkorúaknál, a másik a

⁶⁶ Az NN imputáció legfontosabb jellemzői, hogy az imputált értékek ténylegesen előforduló értékek, nem pedig konstruáltak. Az NN a magyarázóváltozókban szereplő információkat használja fel, ezzel megőrzi az adatok eredeti struktúráját. Az eljárás nem paraméteres és nem fogalmaz meg semmilyen explicit feltevést a függő és a független változók kapcsolatára vonatkozóan, kevésbé hajlamos téves modellspecifikációra.

legidősebb idősoknál figyelhető meg.⁶⁷ A családi állapot az öngyilkosság szempontjából kiemelkedően szerepet játszik, a házassági hajlam csökkenése ellenére a házasság megóvó szerepe továbbra is jelentős. Az elváltaknak a házassághoz viszonyított relatív kockázata a férfiaknál közel 2,7-szeres, a nőknél ennél alig valamivel kisebb. Az elváltak mellett az özvegyek relatív kockázata is szignifikánsan magasabb a házasságokénál. Az özvegy férfiak kockázata nagyobb volt, mint a hasonló családi állapotú nőké. A nőtlenek és hajadonok relatív kockázata már csak 5%-on tért el a házasságétól, a nőknél nem mutatkozott szignifikáns eltérés. A kisebb mértékű vagy inszignifikáns kapcsolat oka valószínűleg az lehet, hogy a nőtlenek és hajadonok között találjuk a házasságot még nem kötött párkapcsolatban élők jelentős részét is, akik szintén rendelkeznek az együttélés nyújtotta anyagi és emocionális előnyökkel. Az alföldi régióhoz köthető kockázat mindhárom modellnél erősen szignifikánsnak bizonyult a kontrollváltozók bevonása után is. A hatás nagysága közel azonos volt a nemek szerint és a népesség egészére becsült modellekénél. A lakóhelyi régió hatása azt jelzi, hogy az alföldi népesség magasabb öngyilkossági kockázata nem magyarázható a népesség eltérő iskolázottsági vagy családi állapotbeli és egyéb demográfiai különbségeivel.

Az iskolázottság mindhárom modellben szignifikánsnak bizonyult. Az iskolázottsági szintek csökkenésével növekedett az öngyilkosság kockázata. A legmagasabb végzettségűekhez képest a legalacsonyabb iskolázottságúak közötti relatív kockázat a férfiaknál 4,5-szeres, a nőknél ennél jóval kisebb, 2,6-szeres volt. A középiskolát végzettek kockázata a férfiaknál több mint kétszerese, a nőknél 1,3-szorosa volt a diplomásokénak. Ezek az értékek azt jelzik, hogy ugyanazon iskolázottsági szint mellett a nők előnyei a férfiakénál kisebbek. A nemek szerint megfigyelt különbségek konzisztensek a szakirodalom által említett tapasztalatokkal. Érzékletesebben megvilágítva a kockázatok különbségeit azt mondhatjuk, hogy egy középkorú, alacsony iskolázottságú, elvált alföldi férfi öngyilkossági kockázata valamivel több, mint 15-szor volt nagyobb, mint egy fiatal, házas, nem alföldön élő diplomás nőé.

⁶⁷ Rihmer Z. – Gonda X. – Kapitány B. – Döme P.: Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives, *Annals of General Psychiatry*, 12, 2013, 21. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/21> (Letöltés: 2018. április 25.)

1. táblázat. A negatív binomiális regressziók eredményei (15 éves és idősebb népesség)

Változók	Férfiak		Nők		Összesen	
	(n=1844)		(n=572)		(n=2416)	
	RR (St. hiba)		RR (St. hiba)		RR (St. hiba)	
Nem (referencia: nő)						
Férfi	–		–		4,863***	0,302
Életkor (referencia: 15–39)						
40–59	2,620***	0,234	3,184***	0,553	2,736***	0,219
60	1,889***	0,214	2,885***	0,566	2,088***	0,203
Iskolai végzettség (ref.: diplomás)						
Érettségizett, szakmunkás	2,096***	0,249	1,257***	0,219	1,809***	0,180
Legfeljebb általános iskola	4,535***	0,538	2,602***	0,444	3,852***	0,381
Családi állapot (ref.: házas)						
Nőtlen, hajadon	1,255*	0,115	1,069	0,194	1,208*	0,100
Elvált	2,748***	0,241	2,176***	0,292	2,593***	0,193
Özvegy	2,387***	0,261	1,419***	0,203	1,973***	0,172
Régió (ref.: nem alföldi régiók)						
Alföld (Észak- és Dél-Alföld)	1,399***	0,097	1,373***	0,149	1,388***	0,082
Pseudo R ²	0,222		0,164		0,253	
Log-Likelihood	–480,984		–336,361		–826,916	

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Az idősebb korcsoporton végzett regressziók (2. táblázat) közül az nőké egyértelműen alátámasztja az iskolai végzettségnek az életkorral csökkenő szerepét. Az érettségizettek diplomásokhoz viszonyított kockázata a várakozással ellentétben szignifikánsan kisebb lett, ami összefügghet az kategóriához tartozó alacsony esetszámmal is. A férfiaknál az iskolázottság és öngyilkosság kapcsolatában jól kivehető a küszöbhatás, a középiskolát végzettek relatív kockázata nem tért el a főiskolát, egyetemet végzettekétől, míg a legfeljebb nyolc osztály végzettek kockázata négyszerese volt a diplomásokénak, közel akkora, mint a teljes életkorspektrumot felölelő vagy a középkorúakét vizsgáló modelleké.

2. táblázat. A negatív binomiális regressziók eredményei (60 éves és idősebb népesség)

Változók	Férfiak		Nők		Összesen	
	(n=412)		(n=219)		(n=631)	
	RR (St. hiba)		RR (St. hiba)		RR (St. hiba)	
Nem (referencia: nő)						
Férfi	–		–		4,653***	0,501
Életkor (referencia: 15–39)						
40–59	–		–		–	
60	–		–		–	
Iskolai végzettség (ref.: diplomás)						
Érettségizett, szakmunkás	0,839	0,213	0,445*	0,147	0,709	0,143
Legfeljebb általános iskola	4,028***	0,810	1,013	0,268	2,649***	0,433
Családi állapot (ref.: házas)						
Nőtlen, hajadon	1,297	0,327	1,560	0,659	1,459	0,321
Elvált	2,427***	0,364	1,958*	0,531	2,366***	0,319
Özvegy	1,976***	0,224	1,506	0,318	1,812***	0,194
Régió (ref.: nem alföldi régiók)						
Alföld (Észak- és Dél-Alföld)	1,650***	0,165	1,782*	0,326	1,706***	0,156
Pseudo R ²	0,298		0,104		0,235	
Log-Likelihood	–120,608		–109,021		–244,324	

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Az aktív korúakra értelmezett modellek (3. táblázat) a férfiaknál minden esetben a várakozásnak megfelelő kapcsolatokat mutatták, a nőknél a családi állapot kategóriái közül egyedül az elváltaknak volt megnövekedett kockázata. Az iskolázottság hatása azonban a nőknél is markánsnak bizonyult, az iskolázottság szintjének a csökkenésével arányosan emelkedett az öngyilkosság kockázata. A korábban bemutatott modellekhez képest a relatív kockázat nagysága kevésbé tért el a férfiaknál megfigyelt értékektől. Az iskolázottságnak az öngyilkosságra gyakorolt hatása a gazdaságilag aktív korú férfiaknál és nőknél szinte ugyanolyan fontossággal bírt.

3. táblázat. A negatív binomiális regressziók eredményei (15–59 év közötti népességnél)

Változók	Férfiak		Nők		Összesen	
	(n=1432)		(n=353)		(n=1785)	
	RR (St. hiba)		RR (St. hiba)		RR (St. hiba)	
Nem (referencia: nő)						
Férfi	–		–		5,039***	0,372
Életkor (referencia: 15–39)						
40–59	2,602***	0,235	3,044***	0,527	2,715***	0,218
Iskolai végzettség (ref.: diplomás)						
Érettségizett, szakmunkás	2,435***	0,331	1,817**	0,367	2,266***	0,261
Legfeljebb általános iskola	4,503***	0,628	3,928***	0,799	4,340***	0,510
Családi állapot (ref.: házas)						
Nőtlen, hajadon	1,272**	0,125	0,963	0,185	1,180	0,104
Elvált	2,866***	0,291	2,279***	0,314	2,658***	0,225
Özvegy	2,685***	0,426	1,341	0,251	2,028***	0,253
Régió (ref.: nem alföldi régiók)						
Alföld (Észak- és Dél-Alföld)	1,327***	0,107	1,173	0,145	1,286***	0,089
Pseudo R ²	0,235		0,253		0,281	
Log-Likelihood	–341,769		–216,990		–564,671	

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

KÖVETKEZTETÉSEK

A hazai és más kelet-európai tanulmányok is egybehangzóan bizonyították, hogy a társadalmi státus fundamentális összetevője az életkilátásoknak, az iskolai végzettség az életesélyek egyik legjobb indikátora térségünkben is. Eredményeink markánsan igazolták a szakirodalmi tapasztalatok érvényességét a magyar szuicid szcéná vonatkozásában is. Tapasztalataink szerint az alacsony iskolázottságú férfiak 4,5-szer, a nők 2,6-szer gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint a diplomás társaik. A magas iskolai végzettség megóvó ereje az életút egésze során megfigyelhető a férfiaknál, az idős nőknél azonban az iskolázottság szerepe már nem volt érzékelhető. Az iskolázottság különösen a férfiaknál fontos összetevő. Az alacsony szocioökonómiai státuszú férfiak többletkockázata a

képzettségnek a társadalmi érvényesülésre gyakorolt hatására enged következtetni, ami fontos összetevője lehet identitásuk stabilitásának. Az alacsonyabb végzettség így nemcsak a társadalmi státusszal kapcsolatos inszufficiencia-érzést fokozhatja, de számos olyan következménnyel is járhat (így például az erőforrásokhoz való korlátozott hozzáférés, a gyakoribb negatív életesemények, mint a munkanélküliség, az anyagi nehézségek, szegénység, válás és izoláció stb.), melyek jelentősen csökkenthetik a társadalmi integrációt. Ráadásul az alacsonyan iskolázott férfiak esetében a professzionális segítségnyújtás lehetőségei is korlátozottabbak lehetnek, így kisebb az esélye az alacsony társadalmi státusz okozta megnövekedett szuicid kockázat mérséklésének.⁶⁸

Napjainkban egyre több vizsgálat igazolja az iskolázottság és az öngyilkos magatartás inverz kapcsolatát. A kivételeket inkább azok a tanulmányok szolgáltatják, amelyek az iskolázottság mellett a szocioökonómiai státus más dimenzióját is bevonják az elemzésbe. Az általános mintázatot leíró tapasztalatok sokasodása ellenére számos nyitott kérdés marad megválaszolatlan e kapcsolat közvetítő mechanizmusait, nemi és korcsoportos különbségeit illetően.

BIBLIOGRÁFIA

- ALMASI, K. – BELSO, N. – KAPUR, N. – WEBB, R. – COOPER, J. – HADLEY, S. – KERFOOT, M. – DUNN, G. – SOTONYI, P. – RIHMER, Z. – APPLEBY, L.: Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study, *BMC Psychiatry*, 9, 2009, 45.
- BÁLINT, L. – OSVÁTH, P. – RIHMER, Z. – DÖME, P.: Associations Between Marital And Educational Status And Risk Of Completed Suicide In Hungary, *Journal Of Affective Disorders*, 190, 2016, 777–783.
- BÁLINT, L. – OSVÁTH, P. – RIHMER, Z. – DÖME, P.: Az iskolai végzettség, a családi állapot és a lakóhelyi régió hatása az öngyilkosságra – census alapú negatív binomiális elemzés, *Psychiatria Hungarica*, 31 (1), 2016, 15–29.
- BERETTA, L. – SANTANIELLO, A.: Nearest neighbor imputation algorithms: a critical evaluation, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16 (Suppl 3), 2016, 74. DOI 10.1186/s12911-016-0318-z.
- BLACK, D. J. N. – CYRIL, S. M. – TOWNSEND, P.: *Inequalities in Health: The Black Report*, Middlesex, England: Penguin, 1982.

⁶⁸ Bálint – Osváth – Rihmer – Döme: Az iskolai végzettség, a családi állapot és a lakóhelyi régió hatása az öngyilkosságra – census alapú negatív binomiális elemzés.

- BLAKELY, T. A. – COLLINGS, S. C. D. – ATKINSON, J.: Unemployment and suicide. Evidence for a causal association, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 2003, 594–600.
- CAVAN, R. S.: *Suicide*, New York, The University of Chicago Sociological Series, Reissued by Russel & Russel, Sentry Press, 1928/1965.
- CUBBIN, C. – LECLERE, F. B. – SMITH, GORDON S.: Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, 517–524.
- CSEH-SZOMBATHY L.: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 2, 1963, 186–216.
- DENNEY, J. T. – ROGERS, R. G. – KRUEGER, P. M. – WADSWORTH, T.: Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex, *Social Science Quarterly*, 90 (5), 2009, 1167–1185.
- DOLDHAMMER, G. – RAU, R. – KYTIR, J.: Trends in educational and occupational differentials in all-cause mortality in Austria between 1981/82 and 1991/92, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 117, (13/14), 2005, 468–479.
- DUBLIN, L. I.: *Suicide. A Sociological and Statistical Study*, Dublin, The Ronald Press Company, 1963.
- DURKHEIM, E.: *Az öngyilkosság – Szociológiai tanulmány*, 2. kiadás, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.
- ELO, I. T. – MARTIKAINENEN, P. – SMITH, K. P.: Socioeconomic differentials in mortality in Finland and the United States: the role of education, *European Journal of Population*, 22, 2006, 179–203.
- ELO, I. T. – PRESTON, S. H.: Educational differentials in mortality: United States, *Social Science and Medicine*, 42 (1), 1996, 47–57.
- ELO, I. T.: Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective, *Annual Review of Sociology*, 35, 1995, 553–572.
- HALBWACHS, M.: *The Causes of Suicide*, New York, The Free Press, A Division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1930/1978.
- HARSÁNYI L. – JOBB S. – MILTÉNYI K. – NEMESKÉRI J. – SZUCHOVSKY GYULA: Budapesti öngyilkosok vizsgálata 1972. A Központi Statisztikai Hivatal Népeség tudományi Kutató Intézetének és a Magyar Tudományos Akadémia Demográfiai Bizottságának Közleményei, 44, 1976.
- HENRIKSSON, G – ALLEBECK, P. – WEITTOFT, RINGBÄCK G. – THELLE, D.: Income distribution and mortality: implications from a comparison of individual level analysis and multilevel analysis of Swedish data, *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (2), 2006, 287–294.

- HENRY, A. F. – SHORT, J. F.: *Suicide and Homicide. Some economic, sociological and psychological aspects of aggression*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1957.
- HUMMER, A. H. – ROGERS, R. G. – EBERSTEIN, I. W.: Sociodemographic differentials in adult mortality: review of analytic approaches, *Population and Development Review*, 24 (3), 1989, 553–578.
- KELLERMANN, A. L. – RIVARA, F. P. – SOMES, G. – REAY, D. R. – FRANCISCO, J. – BANTON, J. G. – PRODZINSKI, J. – FLIGNER, C. – HACKMAN, B. B.: Suicide in the Home in Relation to Gun Ownership, *The New England Journal of Medicine*, 327 (7), 1992, 467–472.
- KIM, M. H. – JUNG-CHOI, K. – JUN, H. J. – KAWACHI, I.: Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea, *Social Science and Medicine*, 70 (8), 2010, 1254–1261.
- KOSKINEN, S. – MARTELIN, T.: Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men?, *Social Science and Medicine*, 10, 1994, 1385–1396.
- KOVÁCS, K. – BÁLINT, L.: Education, income, material deprivation and mortality in Hungary between 2001 and 2018, *Demografia*, English Edition, 57 (4), 2014, 73–89.
- KPOSOWA, A. J.: Marital Status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, 254–261.
- KPOSOWA, A. J.: Unemployment and Suicide: A Cohort Analysis of Social Factors Predicting Suicide in the US National Longitudinal Mortality Study, *Psychological Medicine*, 31, 2001, 127–38.
- LAHELMA, E. – MARTIKAINEN, P. – LAAKSONEN, M. – AITTOÄÄKI, A.: Pathways between socioeconomic determinants of health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, 327–332.
- LEE, W. Y. – KHANG, Y.-H. – NOH, M. – RYU, J.-I. – SON, M. – HONG, Y.-P.: Trends in Educational Differences in Suicide Mortality between 1993–2006 in Korea, *Yonsei Medical Journal*, 50 (4), 2009, 482–492.
- LEE, S.-U. – OH, I.-H. – JEON, H. J. – ROH, S.: Suicide rates across income levels: Retrospective cohort data on 1 million participants collected between 2003 and 2013 in South Korea, *J Epidemiol*, 27,(6), 2017, 258–264.
- LEWIS, G. – SLOGETT, A.: Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study, *British Medical Journal*, 317, 1998, 1283–1286.
- LI, W. L.: Suicide and Educational Attainment in Transitional Society, *The Sociological Quarterly*, 13, 1972, 253–258.

- LORANT, V. – KUNST, A. E. – HUISMAN, M. – BOPP, M. – MACKENBACH J.: The EU Working Group. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide, *Social Science and Medicine*, 60, 2005, 2431–2441.
- LORANT, V. – KUNST, A. E. – HUISMAN, M. – COSTA, G. – MACKENBACH, J.: On behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study, *British Journal of Psychiatry*, 187, 2005, 49–54.
- MACKENBACH, J. P. – STIRBU, I. – ROSKAM, A. J. R. – SCHAAP, M. M. – MENVIELLE, G. – LEINSALU, M. – KUNST, A. E.: Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, *The New England Journal of Medicine*, 358, 2008, 2468–81.
- MÄKI, N. – MARTIKAINEN, P.: The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register-based follow-up study of 12 million person-years, *Social Science & Medicine*, 68 (12), 2009, 2161–2169.
- MARMOT, M. G. – SHIPLEY, M. J. – ROSE G.: Inequalities in Death-Specific Explanations or a General Pattern? *Lancet*, 1, 1984, 1003–1006.
- MARTIKAINEN, P. – MÄKELÄ, P. – KOSKINEN, S. – VALKONEN, T.: Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women, *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, 1397–1405.
- MARTIKAINEN, P. – VALKONEN, T. – MARTELIN, T.: Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 2001, 494–499.
- MASARYK, T. G.: *Suicide the Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1881/1970.
- MILNER, A. – SPITTAL, M. J. – PIRKIS, J. – LAMONTAGNE, A. D.: Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis, *Br J Psychiatry*, 203, 2013, 409–16.
- MORSELLI, H.: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, A New York Times Company, 1975.
- OLFSON, M. – BLANCO, C. – WALL, M. – LIU, S. M. – SAHA, T. D. – PICKERING, R. P. – GRANT, B. F.: National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States, *JAMA Psychiatry*, 74 (11), 2017, 1095–1103, doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2582.
- OSVÁTH, P. – KELEMEN, G. – ERDÖS, M. B. – VÖRÖS, V. – FEKETE, S.: The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, *Crisis*, 24, 2003, 151–154.

- PHILLIPS, J. A. – HEMPSTEAD, K.: Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014, *American Journal of Preventive Medicine*, 53 (4), 2017, 123–130.
- POMPILI, M. – VICHI, M – QIN, PING – INNAMORATI, M – DE LEO, D.: Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study, *Journal of Affective Disorders*, 147 (1–3), 2013, 437–40.
- PRESTON, S. H. – ELO, I. T.: Are Educational Differentials in adult Mortality Increasing in the United States?, *Journal of Aging and Health*, 7 (4), 1995, 476–496.
- PRITCHARD, C.: New patterns of suicide by age and gender in the United Kingdom and the Western World 1974–1992; An indicator of social change?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 1996, 227–234.
- REQUES, L. – GIRÁLDEZ-GARCIA, C. – MIQUELEIZ, E. – BELZA, M. L. – REGIDOR, E.: Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2014, 0: 1:10. doi:10.1136/jech-2014-204186.
- RIHMER, Z. – GONDA, X. – KAPITÁNY, B. – DÖME, P.: Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry*, 12, 21, 2013, <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/21>
- ROBERTS, S. E. – JAREMIN, B. – LLOYD, K.: High-risk occupations for suicide, *Psychological Medicine*, 43, 2013, 1231–1240.
- ROGERS, R. G – HUMMER R. A – NAM, C. B.: *Living and Dying in the USA: Behavioral, Health, and Social Differentials of Adult Mortality*, New York, Academic Press, 2000.
- ROSS, C. E. – WU, C-L.: The Links Between Education and Health, *American Sociological Review*, 60 (5), 1995, 719–745.
- ROSS, C. E. – MIROWSKY, J.: Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity, *Demography*, 36 (4), 1999, 445–460.
- SAINSBURY, P.: Suicide in London, in Giddens, A. (ed): *The Sociology of Suicide. A selection of Readings*, London, Frank Cass & Co. Ltd, 1971, 246–258.
- SHKOLNIKOV, V. M. – LEON, D. M. – ADAMETS, S. – ANDREEV, E. – DEEV, A.: Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994, *Social Science and Medicine*, 47 (3), 1998, 357–369.
- SORLIE, P. D. – BACKLUND, E. – KELLER, J. B.: U.S. Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study, *American Journal of Public Health* 85, 1995, 949–56.

- STACK, S.: Suicide: A Decade Review of the Sociological Literature, *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 4, 1982, 41–65.
- STACK, S.: Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature. Part I: Cultural and Economic Factors, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 2000, 145–162.
- STRAND, B. H. – GROHOLT, ELSE-KARIN – STEINGRÍMSDÓTTIR, Ó. A. – BLAKELY, T. – GRAFF-IVERSEN, SIDSEL – ØYVIND, N.: Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000, *British Medical Journal*, 340, c, 2010, 654.
- VALKONEN, T. – MARTELIN, T.: *Occupational Class and Suicide: An Example of the Elaboration of a Relationship*, Research Reports, No. 222, Department of Sociology, Helsinki: University of Helsinki, 1988.
- VALKONEN, T.: Social inequalities in mortality, in Graziella, Caselli – Vallin, Jacques – Guillaume Wunsch (eds.): *Demography: Analysis and Synthesis*, Volume II, Amsterdam, Elsevier, 2006, 195–206.
- YAMAUCHI, T. – FUJITA, T. – TACHIMORI, H. – TAKESHIMA, T. – INAGAKI, M. – SUDO, A.: Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan, *Journal of Public Health*, Oxford, 35, 2013, 49–56.
- WILKINSON, R. – MARMOT, M. (eds.): *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition, Denmark, World Health Organization, 2003.
- WINKLEBY, M. A. – JATULIS, D. E. – FRANK, E. – FORTMAN, S. P.: Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease, *American Journal of Public Health*, 82, 1992, 816–830.

AZ ÖNGYILKOSSÁG TÉRBELI ASPEKTUSAI



BÁLINT LAJOS

Az öngyilkossági események vagy az öngyilkossági ráta térbeli elemzése pontadatok vagy különböző kiterjedtségű területi egységek (polygon adatok, az angol terminológiában: *areal/lattice data*) szerint lehetséges. Nem tartoznak szigorú értelemben a térbeli elemzések közé azok a megközelítések, amelyek az elkövető lakóhelyének valamilyen szempontú csoportosításán, legtöbbször vidék (*rural*) és város (*urban*) tipológiáján alapulnak, amelyekben a megfigyelések (pl. települések) térbeli elhelyezkedésének nincs kitüntetett jelentősége az elemzés szempontjából. A pontadatok elemzésének a feltétele a vizsgált esemény és az eseményhez tartozó lokációnak a pontos ismerete. A hazai halálozási regiszterben nem szerepelnek az elkövető lakóhelyének egzakt geokoordinátái, sem az elkövetés pontos helyszíne. Bizonyos lokációkban gyakrabban előforduló öngyilkosságokról vannak ismereteink, ezek azonban a befejezett események nagyon szűk körét érintik.¹ A hazai gyakorlatban a területi egységek (megyék, kistérségek, települések) szerinti elemzések terjedtek el.

A fejezet első része a területi elemzések történeti gyökereit és a kortárs ökológiai megközelítések fontosabb elméleti hátterét foglalja össze, az elemzés második része pedig az öngyilkosság hazai térbeli mintázatának kérdéseit taglalja, részletesen foglalkozunk az öngyilkosság térbeli eloszlásának az elmúlt száz évben végbement alakulásával.

¹ Sajtóközlésekből ismert, hogy József Attila öngyilkosságát utánozva több fiatal férfi követett el öngyilkosságot a balatonszárszói pályaudvaron, vonat elé ugorva. (Buda Béla: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*, 2., bővített kiadás, Budapest, Animula, 2001, 105.)

AZ ÖNGYILKOSSÁG FÖLDRAJZA

Az öngyilkosság formális geográfiai vizsgálata Morselli klasszikus művéig nyúlik vissza.² Morselli³ az „Öngyilkosság: egy esszé az összehasonlító morálistatistikáról” címmel írott művében különböző országok öngyilkossági adatainak széles skáláját használta fel annak igazolására, hogy az öngyilkos magatartás nem izolálható a társadalmi problémáktól.⁴ Könyvében pontosan szerkesztett tematikus térképeket közölt az öngyilkosság intenzitásának európai, valamint a kontinens egyes országainak, köztük Anglia, Olaszország és Franciaország területi különbségeiről. Hosszasan tárgyalta az egyes európai országok regionális különbségeit, rámutatott arra, hogy az öngyilkosság térbeli mintázatai nem véletlenszerűek, a magas és az alacsony rátájú területek világosan elkülönülnek. A magas öngyilkosságú területeket *szuicidogén* zónáknak nevezte, ilyen volt például Franciaország észak-keleti vagy Németország keleti része.⁵ Kitüntetett jelentőséget tulajdonított a távolságnak, megfigyelte, hogy az öngyilkosság centrumaitól, a mintaadó nagyvárosoktól távolodva csökken az önpusztítás előfordulása. Morselli kortársa, Masaryk⁶ is összekapcsolta az öngyilkosságot a társadalmi élet viszonyaival. Tárgyalta az öngyilkosság nemi, családi állapot, foglalkozás és kor szerinti különbségeit, továbbá ismert volt számára, hogy az öngyilkosság csökken a háborús időszakok, és nő a gyors gazdasági változások időszakában. Masaryk azonban hangsúlyozta, hogy ezek a tényezők csak a tünetei az erkölcsi rendben mélyen gyökerező válságnak. A modern kor magas öngyilkossági rátájának az okát az immoralitást előidéző vallástalanságban találta meg. Masaryk is lényegesnek gondolta a nagyvárosok kisugárzását, az öngyilkosságot a fertőzés módjára terjedő jelenségként képzelte el.

Durkheim⁷ klasszikus művében a leíró térképi megközelítésen továbblépett. Az öngyilkosság térbeli különbségeinek a tanulmányozásával a társadalmi

² Danny Dorling – David Gunnel: Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000, *Transactions of Institutes of British Geographers*, 28 (4), 2003, 442–460.

³ Henry Morselli: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, [1882] 1975.

⁴ Maria Teresa Brancaccio: The Fatal Tendency of Civilized Society: Enrico Morselli's Suicide, Moral Statistics, and Positivism in Italy, *Journal of Social History*, 46 (3), 2013, 700–715; Stephen Turner: Durkheim among the statisticians, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32 (4), 1996, 354–378; Daryl Lee: Accounting for self-destruction: Morselli, Moral Statistics and the Modernity of Suicide, *Intellectual History Review*, 19 (3), 2009, 337–352.

⁵ Morselli: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*.

⁶ Thomas G. Masaryk: *Suicide and The Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1970.

⁷ Émile Durkheim: *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány*, 2. kiadás, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.

öngyilkosság okozati mechanizmusai felé fordult. Könyvének első fejezetében a pszichopatologikus állapotok szerepének vizsgálatakor az öngyilkosságok területi eloszlását különböző devianciaformák: az alkoholizmus okozta örültség, a részegség következtében elkövetett vétségek, valamint az alkoholfogyasztás térképeivel hasonlította össze.⁸ Durkheim statisztikai megközelítése a *perfekt parallelizmus* gyakorlatán alapult.⁹ A fogalom azt jelenti, hogy Durkheim az öngyilkossági ráták és a magyarázó változók közötti kapcsolatot csak akkor ismerte el, ha azok az öngyilkosság által leírt rangsorrendet tökéletesen követték. Az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás kapcsolatát az egybeesés hiányával, például maximális értékek területi elhelyezkedésének különbségével utasította el. Selvin¹⁰ később rámutatott arra, hogy Durkheim naiv módszere számos olyan kapcsolat elutasításához vezetett, amelyek a statisztika mai eszközeivel könnyen igazolhatók. A kortárs szakirodalom például erősen vitatja Durkheimnek az alkohol és öngyilkosság kapcsolatára tett megállapításait.¹¹ Skog¹² rekonstruálta a Durkheim által is közölt területi adatokat (N=87), és egyáltalán nem elhanyagolható nagyságú, szignifikáns pozitív kapcsolatot talált az alkoholfogyasztás és a szuicid ráta között ($r=0,55$).

Durkheim az öngyilkosság térbeli mintázatának magyarázatát kizárólag az öngyilkosságra ható társadalmi diszpozíciók együttesének különbségével, a modern társadalmakban a szabályozottság inadekvát mértékével és a társadalom tagjai közötti kötelékek erősségével magyarázta. A nem megfelelő integráció következményeként előálló egoista öngyilkosság könyvének leghosszabban tárgyalt, legjobban kidolgozott típusa.¹³ Durkheim azt állította, hogy: „...az öngyilkosság fordítva arányos az egyént magukba foglaló társadalmi csoportok integrációs fokával.”¹⁴ A társadalom integrációjának a csökkenése azt jelenti, hogy az egyén és közösség kapcsolata meglazul, az individuum kiszakad a közösségi életből. Durkheim a vallási, a családi és a politikai társadalom példáin keresztül mutatta be az integráció meggyengülésének hatását az öngyilkosságra. A német (és svájci) tartomá-

⁸ Uo., 66–67.

⁹ Stephen Turner: Durkheim among the statisticians, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32 (4), 1996, 354–378.

¹⁰ Hanan C. Selvin: Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Research, *American Journal of Sociology*, 3 (6), 1958, 607–619.

¹¹ Ole-Jørgen Skog: Alcohol and Suicide – Durkheim Revisited, *Acta Sociologica*, 34, 1991, 193–206; Ole-Jørgen Skog: Alcohol and Suicide in Denmark 1911–1924 – experiences from 'natural experiment', *Addiction*, 1993, 88, 1189–1193.

¹² Skog: Alcohol and Suicide – Durkheim Revisited.

¹³ K. D. Breault: Was Durkheim Right? A Critical Survey of the Empirical Literature on Le Suicide, in David Lester (ed.): *Émile Durkheim: Le Suicide: 100 Years Later*, Philadelphia, The Charles Press, 1994, 11–29.

¹⁴ Durkheim: *Az öngyilkosság*, 196.

nyok öngyilkossági különbségeinek értelmezése tipikus példája a térbeli adatokra támaszkodó magyarázatnak. Durkheim számára a vallás társadalom, amelyet a hívek számára kötelező közös hiedelmek, tradíciók és gyakorlatok tartanak fenn. Az egyén önpusztítására azért kerül sor, mert elvesztette a kohézióját az a vallási közösség, amelyhez tartozott. A vallási dogmák, az öngyilkosság vallási megítélése (helytelenítése), a vallásfelekezetek hitbeli sajátosságai, a vallásos érzület másodlagosak az öngyilkosság szempontjából. Kizárólag a vallásfelekezetekre jellemző kollektív állapotok, a vallási közösség integráltsága, a kapcsolatok intenzitása határozza meg az öngyilkosságok számát. A protestáns felekezet pedig rosszul integrált közösség: „...kevesebb benne a közös hiedelem és gyakorlat”¹⁵. A protestantizmus ugyanis átengedi a terepet a szabad vizsgálódásnak, az egyének ítéletének, s minél erősebb a vallási individualizmus: „...annál inkább távol van az életükből a vallás, annál kisebb a csoport kohéziója és életképessége”¹⁶. Durkheim törvénye szerint: „...az öngyilkosság mindenütt egyenesen arányos a protestánsok számával, és fordítva arányos a katolikusok számával”.¹⁷ Német tartományok öngyilkossági különbségeit az integráció eltérő mértékében, a társadalom vallási megosztottságában, protestáns és katolikus elkülönülésben látta.¹⁸

Durkheim elméletének másik kulcsfogalma a szabályozás volt. Az anómiás öngyilkossággal a társadalom elégtelen szabályozó mechanizmusának önpusztításra gyakorolt hatását írta le. Azt állította, hogy a társadalmi változásokkal megrendül a szabályok tekintélye, a szükségletek és a szabályozó rend összhangja felborul. Az emberek nem képesek azonnal alkalmazkodni a kialakult új helyzethez. A pénzügyi válságok tanulmányozásából arra a következtetésre jutott, hogy nem a társadalom elszegényedése okozza az öngyilkosságok számának emelkedését, hanem a kielégítetlen igények válnak a szenvedés forrásává és késztetnek az életről való lemondásra. A „nyomornak megóvó hatása van”¹⁹, „a szegénység már önmagában is fék”²⁰. „A túlzott jólét hamarabb fegyvert ad az ember kezébe önmaga ellen. Az emberek (...) azokban az osztályokban válnak meg a legkönnyebben az élettől, amikor és ahol az egész élet a legkevésbé nehéz.” – állította Durkheim.²¹ Az öngyilkosság és a jólét közötti direkt kapcsolatot azzal magyarázta, hogy a vágyak és az eszközök kijelölik a szükségletek körét. A szegények korlátai jelentősebbek, szándékaik mérsékeltebbek, a kollektív fegyelem szüntelen elfogadására, önmérsékletre kényszeríti a nélkülözőket, éppen ezért a szükséglet–eszköz egyensúly náluk jóval

¹⁵ Uo., 148.

¹⁶ Uo.

¹⁷ Uo., 142.

¹⁸ Uo., 125.

¹⁹ Uo., 231.

²⁰ Uo., 239.

²¹ Uo., 282.

stabilabb, mint a társadalmi ranglétrán felettük állóké. Az állításának az alátámasztására több adatforrásra támaszkodott, amelyek közül kettő területi jellegű volt.²² Egyrészt utalt a szegény országok öngyilkossággal szembeni immunitására,²³ másrészt hivatkozott a francia megyei öngyilkossági ráták és a vagyonukból élők arányának a térbeli hasonlóságára.²⁴ A kortárs kutatások rendszerint elutasítják Durkheim kijelentését, rámutatva arra, hogy a szegény társadalmi csoportok jóval gyakrabban szembesülnek olyan problémákkal, amelyek növelik körükben az öngyilkosság előfordulását.

AZ ÖNGYILKOSSÁG TÉRBELI KÜLÖNBSÉGEINEK KORTÁRS MAGYARÁZATAI

Az öngyilkosság ökológiai szintű tényezőinek az irodalma rendkívül bőséges. Trgovac és kollégái²⁵ a szóba jöhető ökológiai változók közül a természeti környezet (földrajzi elhelyezkedés), a gazdasági tényezők, az egészségügyi intézményrendszer közelsége, különböző társadalmi-gazdasági (iskolázottság, jövedelem, szegénység, foglalkoztatottság) és demográfiai változók, az etnikum, a születési hely, a háztartástípus, a háztartások stabilitása, a családi állapot szerepét nevesítették, de az általuk említett tényezők köre messze nem teljes, elég ha csak az alkohol, a vallás, a kultúra releváns szerepére gondolunk. A területi elemzések részben az egyéni szinten megfigyelt kockázati tényezők térbeli variánsainak a hatásait vizsgálják, vannak azonban olyan tényezők, amelyek az individuális jellemzőktől függetlenek (ilyen például a népsűrűség, nemzeti jövedelem). A térbeli társadalomtudományi és epidemiológiai elemzések többsége ma is Durkheim elméletére reflektálva próbálnak magyarázatot adni az öngyilkossági ráta területi különbségeire. Fernquist és Cutright²⁶ szerint a társadalmi magyarázat elsőbbsége annak köszönhető, hogy az eltérések helyenként olyan nagyok, hogy azokat a mentális megbetegedések vagy az öngyilkosságra hajlamos személyiségek egyenlőtlen eloszlásával nem lehet elfogadható módon magyarázni. A következőkben az empirikus elemzések fontosabb elméleti pilléreit igyekszünk körül járni.

²² David H. Rehkopf – Stephan L. Buka: The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review, *Psychological Medicine*, 36, 2006, 145–157.

²³ Durkheim: *Az öngyilkosság*, 239

²⁴ Uo., 232.

²⁵ Andrew B. Trgovac – Peter J. Kedron – Sharmistha Bagchi-Sen: Geographic variation in male suicide rates in the United States, *Applied Geography*, 62, 2015, 201–209.

²⁶ Robert M. Fernquist – Phillips Cutright: Societal Integration and Age-Standardized Suicide Rates in 21 Developed Countries, 1955–1989, *Social Science Research*, 27, 1998, 109–127.

SZOCIOÖKONÓMIAI POZÍCIÓ

Az öngyilkosság és a szocioökonómiai pozíció ökológiai szintű kapcsolatával kiterjedt irodalom foglalkozik. A fejlett országokban végzett empirikus kutatások döntő része igazolja, hogy az előnyösebb társadalmi-gazdasági helyzetű területeken az öngyilkosság ritkábban fordul elő. A szocioökonómiai státusz leggyakoribb területi indikátorai a munkanélküliség,²⁷ az átlagos,²⁸ a medián²⁹ vagy a nemzeti jövedelem,³⁰ a szegénység,³¹ a lakóhelyi depriváció^{32, 33} az esetek

- ²⁷ Allison Milner – Rod McClure – Diego De Leo: Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 2012, 19–27; Katherine Hempstead: The geography of self-injury: Spatial patterns in attempted and completed suicide, *Social Science and Medicine*, 62 (12), 2006, 3186–3196; Peter Congdon: The Epidemiology of Suicide in London, *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 159 (3), 1996, 515–533.
- ²⁸ Fukuda Yoshiharu – Nakamura Keiko – Takano Takehito: Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973–1977 and 1993–1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75, *International Journal of Epidemiology*, 34, 2005, 100–109; L. Tondo – M. J. Albert – R. J. Baldessarini: Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 2006, 517–523.
- ²⁹ Shu-Sen Chang – Jonathan A. C. Sterne – Benedict W. Wheeler – Tsung-Hsueh Lu – Jin-Jia Lin – David Gunnell: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socioeconomic correlates, *Health and Place*, 17, 2011, 641–650.
- ³⁰ Eric Neumayer: Socioeconomic factors and suicide rates at large-unit aggregate levels: a comment, *Urban Studies*, 40, 2003, 2769–2776.
- ³¹ Fabio Ferretti – Anna Coluccia: Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries, *Legal Medicine*, 2009, S92–S94.
- ³² Peter Congdon: Suicide and parasuicide in London: A small-area study, *Urban Studies*, 33, 1996, 137–158; David J. Gunnell – Tim J. Peters – Robert M. Kammerling – Jane Books: The relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation, *British Medical Journal*, 311, 1995, 226–230; Mohsen Rezaei – Graham Dunn – Selwyn St Leger – Louis Appleby: The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 2005, 785–791; Elise Whitley – David Gunnell – Daniel Dorling – George Davey Smith: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037.
- ³³ A deprivációs mutatók az angolszász, elsősorban a brit gyakorlatban elterjedt ún. kompozit, vagyis több tényező információit egyetlen mutatóba sűrítő, elsősorban a materiális egyenlőtlenséget kifejező indikátorok. A depriváció és a halálozás közötti kapcsolat a szakirodalom által jól feltárt, a leggyakoribb betegségek esetében a halálozás magasabb az alacsonyabb szocioökonómiai összetételű területeken (l. E. Whitley – D. Gunnell – D. Dorling – G. Davey Smith: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037). A legismertebb deprivációs mutató a Townsend index, amelynek összetevői a munkanélküliség, az autó- és a lakástulajdon, a lakás zsúfoltsága (lásd ugyanott), az öngyilkossági vizsgálatokban is előfordulnak más mutatók, mint pl. a Jarman index (C. J. Bartlett – D. Gunnell – G. Harrison – L. Moore: Neurotic symptoms, stress, or deprivation: which is most closely associated with incidence of suicide? An ecological study of English Health Authorities, *Psychological Medicine*, 32, 2002, 1131–1136; H. G. Kennedy – R. C. Iveson – O. Hill: Violence,

túlnyomó többségében a várakozásnak megfelelő kapcsolatot mutatják a szuicid rátával. Rendszerint igazolódik az az összefüggés, hogy az erőforrások területi szintű csökkenésével nő az öngyilkosság elkövetésének a gyakorisága. Rehkopf és Buka³⁴ metaelemzésében mintegy kétszáz térbeli vizsgálat feldolgozása után megállapította, hogy a szegénység és a depriváció a tanulmányok szinte mind-egyikében, a munkanélküliség közel háromnegyedében, a jövedelem a felében igazolta a várakozásnak megfelelő előjelű kapcsolatot az öngyilkossággal.

Az öngyilkossági ráta és a terület társadalmi-gazdasága fejlettsége közötti kapcsolat azonban nem minden esetben tükrözi az intuíció által sugallt összefüggést, a kapcsolat néhány esetben ellentmondásosnak bizonyult.³⁵ Egyes területeken a gazdasági, társadalmi hátrányok negatív következményeit bizonyos protektív tényezők képesek ellensúlyozni, ezek a Durkheim által hangsúlyozott társadalmi szerveződéssel vagy más kulturális okokkal lehetnek összefüggésben. Az egykori Szovjetunió területén a szláv régiókban (Oroszország, Ukrajna, Fehéroroszország) és a Baltikumban a legmagasabb, míg a Kaukázusban és a közép-ázsiai országokban a legalacsonyabb az öngyilkossági ráta,³⁶ ez utóbbiak a térségen belül is elmaradottnak mondhatók. A kivételek között említhető Olaszország is, ahol a tradicionálisan sokkal gazdagabb észak-olasz tartományokban

homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts, *British Journal of Psychiatry*, 175, 1999, 462–466.) vagy éppen az adott ország adottságainak megfelelő deprivációs index kidolgozására kerül sor (P. Santana – C. Costa – G. Cardoso – A. Loureiro – J. Ferrão: Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis, *Health & Place*, 35, 2015, 85–94.). A kompozit mutatóknak egyik hátránya, hogy a változók összevonását követően az öngyilkos viselkedés tényezőinek pontos szerepe már nem meghatározható. A deprivációs mutatókról lásd részletesebben: Bálint L.: *A területi halandósági különbségek alakulása Magyarországon 1980–2006*, Központi Statisztikai Hivatal Népeségstudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései, 90, Budapest, 2010, 109–113.

³⁴ Rehkopf – Buka: The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review.

³⁵ Uo.; Sjarhei Kandrychyn: Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history, *Archives of Suicide Research*, 8 (4), 2004, 303–314.

³⁶ Kandrychyn: Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history.

jóval több öngyilkosságra kerül sor, mint délen.³⁷ Meglepő módon a délen található Szardínia szigetén az északi régiókhoz hasonlóan magas a férfi ráta, míg a női ráta a legalacsonyabbnak számít Olaszországban.³⁸

FRAGMENTÁCIÓ, ANÓMIA

Az ökológiai elemzésekben jelentős szerepet játszanak a durkheimi anómia-elméletre támaszkodó megközelítések. Az angolszász irodalomban az anómia fogalmát gyakran a társadalmi fragmentáció terminusával helyettesítik. Congdon³⁹ cenzusalapú fragmentációs indexe a magán bérlemények, a 65 év alatti egyszemélyes háztartások, a nem házasok, és a megelőző év vándorlási egyenlegén alapult. Londoni elemzésében az anómia a nők öngyilkosságánál, a depriváció viszont a férfiakénál játszott meghatározó szerepet, míg a teljes népességre vonatkozó modellnél mindkét tényező hatása érvényesült. Whitley és kollégái⁴⁰ több mint hatszáz parlamenti választókerület adatain vizsgálták a depriváció, a Congdon által kidolgozott fragmentáció, valamint a választáson részt nem vevők arányának mint a társadalom integritásának a hiányát kifejező indikátornak a hatását az öngyilkosságra. A tanulmány rámutatott, hogy a fragmentáció nemcsak jelentősebb, hanem a deprivációtól független magyarázótenyezője az öngyilkosságnak. Gunnelnek és szerzőtársainak⁴¹ Bristolra vonatkozó kutatása a depriváció szerepét igazolta a szándékos önártalom növekedésében, míg a fragmentáció hatása nem befolyásolta annak alakulását.

³⁷ Maurizio Pompili – Marco Innamorati – Monica Vichi – Maria Masocco – Nicola Vanacore – David Lester – Gianluca Serafini – Roberto Tatarelli – Diego De Leo – Paolo Girardi: Inequalities and impact of socioeconomic-cultural factors in suicide rates across Italy, *Crisis*, 32, 2011, 178–185; David Lester: The regional variation of suicide in the United States in 1880 and 1980, *Omega*, 34, 1997, 81–84; Antonio Pretti – Paola Miotto: Social and economic influence on suicide. A study of the situation in Italy, *Archives of Suicide Research*, 5, 1999, 141–156.

³⁸ Maria Masocco – Maurizio Pompili – Nicola Vanacore – Marco Innamorati – David Lester – Paolo Girardi – Roberto Tatarelli – Monica Vichi: Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin, *The Psychiatric Quarterly*, 81, 2010, 57–71.

³⁹ Peter Congdon: The Epidemiology of Suicide in London, *Journal of the Royal Statistical Society, Series A (Statistics in Society)*, 159 (3), 1996, 515–533.

⁴⁰ Elise Whitley – David Gunnell – Daniel Dorling – George Davey Smith: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037.

⁴¹ David G. Gunnell – M. Shepperd – M. Evans: Are recent increases in deliberate self-harm associated with changes in socio-economic conditions? An ecological analysis of patterns of deliberate self-harm in Bristol 1972–3 and 1995–6, *Psychological Medicine*, 30 (5), 2000, 1197–1203.

TÁRSADALMI INTEGRÁCIÓ, IZOLÁCIÓ

A fejlett országokban a társadalmi integráció indikátorai szorosan kapcsolódnak az öngyilkossági rátához.⁴² A stabil társas kapcsolatok, a kiegyensúlyozott családi és a házassági viszonyok védelmet nyújtanak az öngyilkossággal szemben. Az integráció szerepét hangsúlyozó területi elemzések azt jelzik, hogy a családi stabilitás szerepe protektív, míg az egyedül élők és az elváltak aránya növeli az öngyilkossági rátát.⁴³ Az izoláció területi szintű helyettesítő változójaként alkalmazott alacsony népsűrűség negatív hatását is többen megerősítették.⁴⁴ A sűrűn lakott területek előnye az egészségügyi ellátáshoz való könnyebb hozzáféréssel, az interakciók kiterjedtségével magyarázták.⁴⁵

A társadalmi integráció hiányát jelző mutatóként tartják számon a migrációt és a terület sokszínűségét (diverzitását) is. A bevándorlók nagyobb öngyilkossági kockázatát a helyi társadalmi kapcsolataik hiányával, a bevándorlók által preferált területek nagy fluktuációjával, szomszédsági viszonyok állandó változásával magyarázzák.⁴⁶ A bevándorlásnak köszönhető növekvő etnikai és kulturális sokszínűség e feltételezés szerint negatív hatással lehet a közösségen belüli társadalmi interakciók minőségére és intenzitására.⁴⁷ Dorling és Gunnell⁴⁸ brit parlamenti választókerületeket elemző tanulmányából azt derült ki, hogy a

⁴² Fernquist – Cutright: Societal Integration and Age-Standardized Suicide Rates in 21 Developed Countries, 1955–1989.

⁴³ Daniel H. Bando – Rafael S. Moreira – Julio C. R. Pereira – Ligia V. Barozzo: Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996–2005: an ecological study, *BMC Psychiatry*, 12, 2012, 124. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/124>, (Letöltés 2018. április 25.); Robert D. Baller – Kelly Richardson: Social integration, imitation and the geographic patterning of suicide, *American Sociological Review*, 67, 2002, 873–888; Robert D. Baller – Dong-Joon Shin – Kelly K. Richardson: An Extension and Test of Sutherland's Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (3), 2005, 343–355; Gregory S. Kowalski – Charles E. Faupel – Paul D. Starr: Urbanism and Suicide: A Study of American Counties, *Social Forces*, 66 (1), 1987, 85–101; Cutright, Philips – Fernquist, Robert M.: The culture of suicide through societal integration and religion: 1996–1998 Gender-specific suicide rates in 50 American states, *Archives of Suicide Research*, 8 (3), 2004, 271–285.

⁴⁴ Hempstead: The geography of self-injury: Spatial patterns in attempted and completed suicide, 3186–3196; Chang – Sterne – Wheeler – Lu – Lin – Gunnell: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socioeconomic correlates, 641–650; Marc Hooghe – Bram Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41 (4), 2011, 453–464.

⁴⁵ Cutright – Fernquist: The culture of suicide through societal integration and religion: 1996–1998 Gender-specific suicide rates in 50 American States.

⁴⁶ Dorling – Gunnell: Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000.

⁴⁷ Hooghe – Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005.

⁴⁸ Dorling – Gunnell: Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000.

növekvő belföldi vándorlás pozitív hatást gyakorolt az öngyilkosságra, a hatás különösen a középkorú férfiaknál bizonyult jelentősnek. Magyarázatuk szerint a férfiak kevésbé jártasak a társas kapcsolatok fenntartásában, a migráció pedig növeli annak az esélyét, hogy kapcsolataikat elveszítsék. Másutt végzett kutatások megkérdőjelezik a kijelentés általánosíthatóságát. Hooghe és Vanhoutte⁴⁹ flamand vizsgálatában mind a belföldi, mind a külföldi vándorlási ráta növekedése mérsékelte az öngyilkossági rátát. A külföldi vándorlásnál tapasztalt hatás összefüggött azzal, hogy a bevándorlók az öngyilkosságot mereven elutasító török és marokkói muzulmánok voltak. A belső vándorlás és az öngyilkosság kapcsolatát két lehetséges okra vezették vissza. A szelekciós magyarázat szerint a vándorlók fiatalabbak, egészségesebbek, párkapcsolatban élnek, e tényezők mindegyike mérsékli az öngyilkossági hajlamot. A második magyarázat szerint az a lakóhely, amely népességet vonz, általában vibráló és előnyös társadalmi életet kínál lakói számára, tompítva ezzel az öngyilkosságot. És fordítva, az olyan területek, amelyet lakói nagy számban elhagynak, a kilátástalanság gyűjtőterei, és ez táptalaja a magasabb szintű önpusztításnak.

TÉRBELI HATÁS: UTÁNZÁS, KULTÚRA?

Durkheim az öngyilkosság térbeli mintázatát a társadalmi környezet releváns tényezőivel, a társadalmi integráció és a szabályozás működési zavarai magyarázta, kizárta az utánpótlás szerepét az öngyilkosság alakulásában. Elméletéből az következik, hogy az öngyilkosság térbeli klaszterezettségét a releváns társadalmi tényezők hasonlósága okozza, a megfelelő strukturális változók regressziós modellbe történő bevonásával a hibatagok klaszterezettsége eltűnik. A térökonometria-módszerek társadalomtudományi elterjedésével több olyan tanulmány látott napvilágot, amelyek azt igazolták, hogy a gondosan kiválasztott strukturális tényezők sem minden esetben adnak kielégítő magyarázatot az öngyilkosság területi különbségeire.⁵⁰

⁴⁹ Hooghe – Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005.

⁵⁰ Baller – Richardson: Social integration, imitation and the geographic patterning of suicide; Baller – Shin – Richardson: An Extension and Test of Sutherland's Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates; Hooghe – Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005; Bálint Lajos – Bozsonyi Károly: Regional Characteristics of Suicides in Hungary, in Kulcsár László – Kulcsár J. László (ed.): *Regional Aspects of Social and Economic Restructuring in Eastern Europe: the Hungarian Case*, Hungarian Central Statistical Office, Budapest Hungary, 2010, 214–254; Bálint Lajos – Dome

A térökonometria-modellek közül az ún. térben késleltetett modell (*spatial lag/mixed regressive/autoregressive model*) a függőváltozó szomszédaival súlyozott átlagát szerepelteti a regressziós egyenlet jobb oldalán.⁵¹ A térben késleltetett modell a térbeli és társadalmi interakciós folyamat egyensúlyának a formális specifikációjaként értelmezhető, amelyben az ágens eredményváltozóját az egzogén változók mellett a szomszédos megfigyelések együttesen határozzák meg. Az öngyilkosság esetében ez azt jelenti, hogy egy adott térbeli megfigyelés rátáját a szomszédos területek értékei (a közeli területek szuicid „klímája”) is befolyásolják. Mivel a keresztmetszeti modelleknél a megfigyelések egyetlen időpontra vonatkoznak, ezért az ágensek közötti interakciók tényleges dinamikája (peer hatás, szomszédsági hatás, térbeli externáliák) nem figyelhető meg, az a korrelációs struktúra, amely az egyensúlyi állapotot eredményezi azonban igen.⁵² Az öngyilkosság térökonometria-megközelítése sem ad egyértelmű választ a térbeli hatás természetére,⁵³ a kutatók több alternatív mechanizmus lehetőségét vetik fel. Baller és Richardson⁵⁴ a térbeli hatást a Tarde által leírt utánzással azonosították. Francia területi történeti adatok újraelemzésével arra a következtetésre jutottak, hogy az öngyilkosság térbeli mintázatát a társadalmi integráció és az utánzás egyaránt alakíthatta. Baller és kollégái⁵⁵ egy másik tanulmányban Sutherland differenciális társadalmi szerveződés (*differential social organization*) elméletének a térbeli kiterjesztésével magyarázták a japán prefektúrák öngyilkos viselkedésének a különbségeit. A megközelítés szerint egyes közösségek olyan kulturális értékeket hordoznak, amelyek bizonyos devianciaformákat támogatnak, ösztönzőleg hatnak a deviáns szerepmodellek követésére. A differenciális társadalmi szerveződés elmélet magyarázatot ad arra, hogy a devianciát eredményező tanulási folyamat miért valószínűbb egyes közösségekben, mint másokban. A szerzők szerint a magasabb devianciaarányú területek által közvetített érték- és szerepmodellek „túlcsoordulnak” a szubkultúra határain, a közelség elősegíti a deviáns attitűdök terjedését. A geográfiai közelség

Peter – Daroczi Gergely – Gonda Xenia – Rihmer Zoltan: Investigation of the marked and long-standing spatial inhomogeneity of the Hungarian suicide rate: A spatial regression approach, *Journal of Affective Disorders*, 155, 2014, 180–185.

⁵¹ Luc Anselin: *Spatial Econometrics: Methods and Models*, Dordrecht Netherlands – Boston, Kluwer Academic Publishers, 1988.

⁵² Luc Anselin – Julie L. Gallo – Hubert Jayet: Spatial Panel Econometrics, in László Mátyás – Patrick Sevestre (eds.): *The Econometrics of Panel Data, Advanced Studies in Theoretical and Applied Econometrics*, vol 46, Berlin – Heidelberg, Springer, 2008, 625–660.

⁵³ Hooghe – Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005.

⁵⁴ Baller – Richardson: Social integration, imitation and the geographic patterning of suicide.

⁵⁵ Baller – Shin – Richardson: An Extension and Test of Sutherland’s Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates.

mellett Glaser differenciális azonosulás elméletével bővítették ki koncepciójukat, feltételezték, hogy az erőszak alapjául szolgáló utánpótlásnak és attitűdöknek a terjedése hatékony lehet egy olyan társadalmi közegben, amely etnikailag homogén, ami az általuk vizsgált Japánról egyöntetűen elmondható.

Hooghe és Vanhoutte⁵⁶ flamand települések (n=308) öngyilkossági rátáinak térökonometria-elemzése az integráció kiterjedt változói mellett a férfiaknál talált szignifikáns térbeli hatást. A szerzők úgy vélték, hogy a magas öngyilkosságú területeken nagyobb az öngyilkosság kulturális elfogadottsága. Ugyanezen tanulmány azonban nem zárta ki, hogy a térbeli hatás pusztán annak köszönhető, hogy a jelenség modellezése nem a megfelelő geográfiai szinten történt, vagy mert a modell figyelmen kívül hagyott a jelenség szempontjából releváns változót, így a megfigyelt térbeli hatás valójában a kihagyott változó hatását ragadja meg.⁵⁷

AZ ÖNGYILKOSSÁGOK TÉRBELI MINTÁZATA

Az öngyilkosság országok közötti és országon belüli eloszlása is egyenlőtlen, a különbségek hosszú távon is tartósak mondhatók.⁵⁸ Európa térbeli mintázatát az utóbbi évtizedekben délnyugat–északkelet irányú megosztottság jellemzi.⁵⁹ A legmagasabb értékek az egykori Szovjetunió utódállamaiban figyelhetők meg⁶⁰ (1. ábra). 2014-ben Litvánia, Oroszország, Lettország, Fehéroroszország, Ukrajna, vezette az európai rangsort.⁶¹ A térségben tapasztalható drámai méreteket öltő önpusztítást a nyolcvanas évek második felében kibontakozó posztsovjét átalakulással és az átmenethez kapcsolódó társadalmi megrázkódtatásokkal,⁶²

⁵⁶ Hooghe – Vanhoutte: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005.

⁵⁷ Uo.

⁵⁸ Colin Pritchard: Suicide, unemployment and gender in the British Isles and European Economic Community (1974–1985) A hidden epidemic?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 1988, 85–89.

⁵⁹ Helena Korosec Jagodic – Mark Agius – Peter Pregelj: Inter-regional variations in suicide rates, *Psychiatria Danubia*, 24. Supple 1. 2012, 82–85; Kandrychyn: Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history.

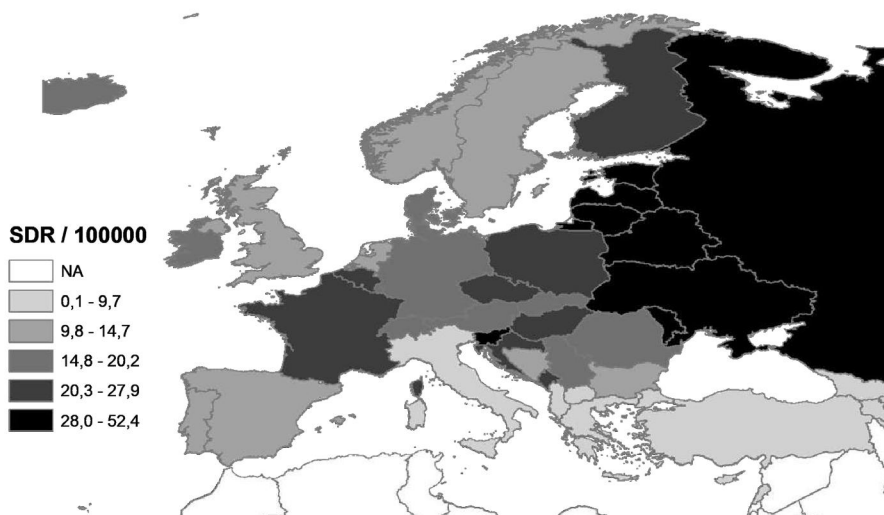
⁶⁰ F. Levi – C. La Vecchia – F. Lucchini – E. Negri – S. Saxena – P. K. Maulik – B. Saraceno: Trends in mortality from suicide, 1965–99, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 2003, 341–349.

⁶¹ WHO, 2016: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe July 2016.

⁶² Ilkka Henrik Mäkinen: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (9), 1405–1420; Ilkka Henrik Mäkinen: Suicide mortality of Eastern European regions before and after the Communist period, *Social Science and Medicine*, 63 (2), 2006, 307–319.

egészségtelen mértékű alkoholhasználatot hozták összefüggésbe.⁶³ Magyarország a Balti Államok és Szlovénia társaságában továbbra is az Európai Unió tagállamainak az élmezőnyébe tartozik, ugyanakkor az öngyilkossági ráta ma már jóval kevésbé különbözik a hazánkat követő belga, lengyel, osztrák és finn értékektől.⁶⁴ A kontinens legalacsonyabb rátái a mediterrán országokban (Görögország, Ciprus, Olaszország, Spanyolország, Málta) valamint az Egyesült Királyságban fordulnak elő.⁶⁵

1. ábra. A standardizált öngyilkossági arányszám Európában, 2014 körül



Forrás: WHO-HFA 2016, saját szerkesztés

⁶³ R. Kalediene: Time trends in suicide mortality in Lithuania, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 1999, 419–422.

⁶⁴ Eurostat 2018: Causes of death – standardised death rate by residence [hlth_cd_asdr2], http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en (Letöltés: 2018. május 11.)

⁶⁵ WHO, 2016: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe July 2016, <http://data.euro.who.int/hfadbf/>, (Letöltés: 2018. április 26.); Eurostat, 2018.

Az öngyilkosság országok közötti különbségeinek vizsgálata segít megérteni a makroszinten zajló folyamatokat, azonban átsiklik az országon belüli egyenlőtlenségek felett,⁶⁶ amelyek ugyancsak markáns területi különbségek színterei.⁶⁷

Az Egyesült Államokban az öngyilkossági ráta térbeli mintázatát több mint egy évszázada erős kelet–nyugati megosztottság jellemzi, az önpusztítás jóval gyakoribb az ország nyugati részén.⁶⁸ Fehéroroszországban délről észak felé haladva növekszik az öngyilkossági ráta,⁶⁹ és ugyanez a mintázat meghatározó Oroszország európai térségében is.⁷⁰ Északról dél felé csökkenő ráta figyelhető meg Olaszországban,⁷¹ Franciaországban,⁷² míg Németország déli régióiban gyakoribb az öngyilkosság.⁷³ Tradicionális kultúra alapú észak–déli megosztottság jellemző Portugáliára is, szintén a déli területeken élők nagyobb kitettségével.⁷⁴

A hazánkkal szomszédos országok közül Szlovéniában,⁷⁵ Horvátországban,⁷⁶ Ausztriában⁷⁷ is erős területi megosztottság tapasztalható. Horvátországban az öngyilkosságok regionális különbségei a szomszédos országok értékei szerint alakulnak. Az ország déli, mediterrán részén a ráták a szomszédos olasz területekkel mutatnak erős rokonságot, míg az északi és nyugati területek a szlovén és magyar magas értékekhez állnak közelebb.

⁶⁶ N. Middleton – J. A. Sterne – D. Gunnell: The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (12), 2006, 1040–1047.

⁶⁷ David Gunnell: Time trends and geographic differences in suicide: implications for prevention, in K. Hawton (ed.): *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*, Oxford, UK, Oxford University Press, 2005, 293–306.

⁶⁸ Peter Congdon: The Spatial Pattern of Suicide in the US in Relation to Deprivation, Fragmentation and Rurality, *Urban Studies*, 48 (10), 2011, 2101–2122.

⁶⁹ Sergei V. Kondrichin – David Lester: Suicide in Belarus, *Crisis*, 19 (4), 1998, 167–171.

⁷⁰ Kandrychyn Siarhei: Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history, *Archives of Suicide Research*, 8 (4), 2004, 303–314.

⁷¹ David Lester: Suicide in Italy: The north versus the south, *Italian Journal of Suicidology*, 7, 1997, 19–21.

⁷² Baller – Richardson: Social integration, imitation and the geographic patterning of suicide.

⁷³ M. Helbich – P. L. Plener – S. Hartung – V. Blüml: Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study, 2007–11, *Scientific Reports*, 7, 2017, Article number: 7673.

⁷⁴ Paula Santana – Cláudia Costa – Graça Cardoso – Adriana Loureiro – João Ferrão: Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis, *Health & Place*, 35, 2015, 85–94.

⁷⁵ Andrej Marusic: Suicide mortality in Slovenia: regional variation, *Crisis*, 1998, 19, 159–66.

⁷⁶ B. Sedić – M. Martinac – D. Marcinko – C. Loncar – M. Jakovljević: Suicides in Croatia 1993–2001: regional differences, *Psychiatra Danubina*, 15, 2003, 175–84.

⁷⁷ Martin Voracek – Mona Vintilla – Daniel Muranyi: A further test of the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis: Correspondence of county suicide rates in Romania and population proportion of ethnic Hungarians, *Perceptual and Motor Skills*, 105, 2007, 1209–1222.

Törökországban az öngyilkosság rendkívül ritka esemény, a területi különbségek mérsékeltek és a kiegyenlítődés irányába mutatnak. Az öngyilkosság gyakoribb az Égei-tenger és a mediterrán térségben, és szinte ismeretlen a Fekete-tenger menti régiókban.⁷⁸

Az ázsiai országok közül Taiwanon nagyon határozott nyugat–keleti megosztottság figyelhető meg. Magas öngyilkossági ráta jellemzi Kelet-Taiwan hegyvidéki, túlnyomórészt rurális térségeit, és alacsony vagy átlagos öngyilkossági ráta fordul elő az ország nyugati részén található négy fontosabb városban.⁷⁹ Japánban az öngyilkosság kevésbé határozottan definiálható földrajzi égtájak szerint. A gazdaságilag aktív korú népesség körében Honsú északi részén és nyugati partvidékén található prefektusok a leginkább, míg a középső keleti parton találhatók a legkevésbé érintettek az önpusztításban.⁸⁰

A térbeli különbségek a nagyvárosokon belül, valamint a szomszédos elővárosok viszonylatában is markánsan kirajzolódnak. Az angolszász nagyvárosokban az alacsonyabb szocioökonómiai státusú belvárosi területeken magasabb az öngyilkosság, mint a magas státusú szuburbiákban.⁸¹ Londonban⁸² a belvárosi kerületekben volt a legmagasabb az öngyilkosság szintje, itt az egyszemélyes háztartások, a lakosság cserélődése és a lakásbérlemények aránya is az átlag feletti volt. Sao Paolóban⁸³ a magas szuicid klaszter a belvárosban, az alacsony a város peremén helyezkedett el. Taipeiben is megfigyelhető volt centrum–periféria viszony (az angolszász kvantitatív geográfiában használt *bull's eye pattern*). Itt azonban az alacsony érték a városközpontban, az átlagos vagy átlag feletti értékek a szuburbiákban fordultak elő.

A területi példák sora azt mutatja, hogy az öngyilkosság térbeli eloszlásának az egyenlőtlensége a geográfiai skálák mindegyikén tetten érhető, a különbséget előidéző okok azonban jelentős mértékben eltérnek.

⁷⁸ Mustafa Yakar – Kadir Temurçin – İsmail Kervankiran: Suicide in Turkey: its changes and regional differences, *Bulletin of Geography. Socio-economic Series*, 35, 2017, 123–143

⁷⁹ Chang – Sterne – Wheeler – Lu – Lin – Gunnell: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socio-economic correlates.

⁸⁰ Etsuji Suzuki – Kashima Saori – Ichiro Kawachi – V. Subramanian S.: Social and Geographical Inequalities in Suicide in Japan from 1975 through 2005: A Census-Based Longitudinal Analysis. *PLoS ONE*, 2013, 8(5):e63443.

⁸¹ N. Middleton – J. A. Sterne – D. Gunnell: The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (12), 2006, 1040–1047.

⁸² Peter Congdon: The Epidemiology of Suicide in London, *Journal of the Royal Statistical Society, Series A (Statistics in Society)*, 159 (3), 1996, 515–533.

⁸³ Bando – Moreira – Pereira – Barozzo: Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996–2005: an ecological study.

AZ ÖNGYILKOSSÁG TERÜLETI SPECIFIKUMAI MAGYARORSZÁGON: TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEK

Nem tűnik túlzásnak azt állítani, hogy a hazai öngyilkosság-kutatás egyik leg-többet vizsgált kérdése az önpusztítás területi sajátosságaival kapcsolatos.⁸⁴ A legkülönbélebb korszakokból származó térképi ábrázolások azt mutatják, hogy az ország déli, délkeleti részén, az alföldi megyékben lényegesen gyakoribb az önkéntes halál, mint a nyugati és északi megyékben.⁸⁵

A területi eltérésekre elsőként Konek Sándor statisztikus hívta fel a figyelmet 1864-ben.⁸⁶ Konek egyrészt megállapította, hogy az öngyilkosságok területi eloszlása a Magyar Királyságban nem egyenletes: „Tekintve az egyes megyéket, aránylag legtöbb öngyilkosság a Dunán inneni kerületben, legkevesebb a Dunán túli kerületben fordul elő, de nyilván azért, mert az előbbi kerületre az ország fővárosa jön, mely e tekintetben közel fekvő okoknál fogva a legmostohább arányt tünteti fel Buda-Pesten.”⁸⁷ Konek egy másik írásában a területi megosztottságot a népesség etnikai összetételével, a magyar népesség magasabb arányával hozta összefüggésbe.⁸⁸ A Magyar Királyság járásait a 20. század első évtizedében elemző tanulmányomban igyekeztem bemutatni, hogy az öngyilkosság által erősen sújtott területek nemcsak a mai Magyarország déli, délkeleti területein fordultak elő, hanem hasonlóan magas értékek jellemezték az Erdélyi-medence járásait is.⁸⁹ A történeti járások öngyilkossági rátáinak térképe alátámasztotta Böszörményi⁹⁰ korábbi megfigyelését is, amely szerint a dunántúli területek kedvezőbb helyzete is csak a jelenkori Magyarország határain belül érvényes, mivel a partiumi, a Horvát-Szlavón királyság és a Felvidék északi járásai jóval alacsonyabb értékeket mutattak.

⁸⁴ Pataki Ferenc: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdései, in Münnich Iván – Moksony Ferenc (összeállította): *Devianciák Magyarországon*, Budapest, Közélet, 1994, 78–101; Zonda Tamás: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*, Kairosz, Budapest, 2006; Zonda Tamás – Paksi Borbála – Veres Előd: *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010)*, Műhelytanulmányok 2, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013.

⁸⁵ Cseh-Szombathy László: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 2, 1963, 186–216.

⁸⁶ Zonda Tamás – Veres Előd: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000), *Addiktológia: addictologia Hungarica*, 3 (1), 2004, 7–23; Zonda Tamás: *Öngyilkos nép-e a magyar?* Budapest, Végeken, 1995.

⁸⁷ Konek Sándor: Magyarország öngyilkolási statisztikájához, *Statisztikai és Nemzetgazdasági Közlemények*, IV. kötet, I. füzet, Pesten MTA Statisztikai Bizottsága, 1867, 101.

⁸⁸ Konek Sándor: *Az Ausztria-Magyar Monarchia statisztikai kézikönyve*, Pest, Heckenast, 1868.

⁸⁹ Bálint Lajos: Öngyilkosságok a Magyar Királyságban, *Demográfia*, 57 (1), 2014, 5–43.

⁹⁰ Böszörményi, Ede: *Az öngyilkosságok múltja és jelene. Történeti vázlat, különös tekintettel Magyarországra*, Magánkiadás, Budapest, 1991.

Az 1920-as évek önpusztításának a területi sajátosságairól Szél Tivadar⁹¹ tanulmánya számolt be. A törvényhatóságok (vármegyék és törvényhatósági jogú városok) rátáinak tematikus térképe a már említett térbeli mintázatot mutatta. A legmagasabb értékek a déli, délkeleti vármegyékben fordultak elő (Csongrád, Békés, Jász-Nagykun-Szolnok, Bihar és Hajdú vármegyékben), tőlük nyugat felé haladva fokozatosan csökkent az öngyilkossági arányszám, míg az északon fekvő vármegyék élesen eltértek az alföldi megyéktől. Két évtizeddel később, a negyvenes évek elejéről származó törvényhatósági adatok szerint az öngyilkossági ráta Pest-Pilis-Solt-Kiskun megyében volt a legmagasabb (62,8 százezrelék), majd Csongrád (58,0 százezrelék), Esztergom (44,8 százezrelék) következtetett.⁹² A mai országhatárainkon átnyúló példák a jelenség tartósan fennmaradó térbeli, etnikai meghatározottságára hívják fel a figyelmet. A Magyarországgal határos országok öngyilkossági rátája általában azokon a területeken a legmagasabb, amelyek a határ közelében helyezkednek el, vagy jelentős számú magyar kisebbséggel rendelkeznek.⁹³ A Romániában és Szerbia északi részén, a Vajdaságban élők öngyilkossági mutatói a közeli magyar megyékkel mutatnak erős rokonságot.⁹⁴ A hasonlóság megfigyelhető Ausztria és Nyugat-Magyarország szomszédos területein is.⁹⁵ A Romániában élő magyar népesség magas öngyilkosságát napjainkban is élénk figyelem kíséri, bár ennek okai továbbra sem tisztáztak.⁹⁶ Egy nemrégiben publikált tanulmány szerint a magyar népesség által lakott romániai megyék öngyilkossági rátája közel azonos volt a magyarországi átlaggal, esetenként meg is haladta azt.⁹⁷

⁹¹ Szél Tivadar: Az öngyilkosság demográfiája, I. rész, *Magyar Statisztikai Szemle*, 7, 1928, 715–734.

⁹² Kovács Norbert: Öngyilkossági esetek Magyarországon, *Magyar Statisztikai Szemle*, 8, 1943, 407–420.

⁹³ Nils Retterstøl: *Suicide: A European Perspective*, Cambridge – New York, Cambridge University Press, 1993, 26.

⁹⁴ Hódi Sándor: A pszichózisok és öngyilkosságok területi és etnikai megoszlása Vajdaságban, in Székely András Bertalan (szerk.): *Az ex-YU magyar közérzeti irodalom antológiája*, Zenta – Tóthfalu – Szabadka, Logos, 1997, 117–132; Zonda – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000); Pataki: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdése.

⁹⁵ Zonda – Paksi – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010).

⁹⁶ Christina Bradatan: About Some 19th-Century Theories of Suicide: Interpreting Suicide in an East European Country, *International Journal of Comparative Sociology*, 48 (5), 2007, 417–432.

⁹⁷ Martin Voracek – Mona Vintilla – Muranyi Daniel: A further test of the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis: Correspondence of county suicide rates in Romania and population proportion of ethnic Hungarians, *Perceptual and Motor Skills*, 105, 2007, 1209–1222.

A TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK AZ ELMÚLT ÉVTIZEDEKBEN

Az ország déli, délkeleti részén megfigyelhető magas, és ettől távolodva csökkenő öngyilkossági hajlam jól dokumentált az újabb szakirodalomban is. Az országon belüli jellegzetes területi mintázat – a települési szint kivételével – az ismert területi skálák mindegyikén hagyományos térképi ábrázolással is jól megjeleníthető. Regionális,⁹⁸ megyei⁹⁹ és kistérségi¹⁰⁰ elemzések az öngyilkosságok térbeli mintázatának stabilitását hangsúlyozzák. Tapasztalatok szerint a magas és az alacsony öngyilkossági klaszterek elhelyezkedése és kiterjedtsége lényegében alig változott az 1982–1987 és a 2002–2007 közötti időszakokban.¹⁰¹

A hazai térbeli struktúra fontos ismertetőjege, hogy stabil, ellenáll a térbeli társadalmi változásoknak.¹⁰² Az országos trendben bekövetkező változást a területi egységek „lekövetik”, a globális trendnek megfelelő, arányosan magasabb vagy alacsonyabb értéket vesznek fel, így a relatív különbségek sem változnak lényegesen. A kistérségi öngyilkossági arányszámok sokasági eloszlásának a változását hagyományos (nem-térbeli) és térbeli Markov-láncok segítségével vizsgáló tanulmány is a térbeli struktúra nagyfokú stabilitását támasztotta alá.¹⁰³ Annak a valószínűsége, hogy egy kistérség a vizsgált időszak alatt a legmagasabb öngyilkossági kvintilisből akárcsak a közepesek közé kerüljön, rendkívül alacsony

⁹⁸ Zonda – Paksi – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010); Zonda Tamás – Veres Előd – Juhász Judit: Az öngyilkosság, mint a társadalmi anómia területi konzekvenciái, *A Falu*, 25 (4), 2010, 57–70.

⁹⁹ Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László – Vavró István: Társadalmi elitélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei, *Statisztikai Szemle*, 46 (2), 1968, 145–158; Cseh-Szombathy László: Az öngyilkosság társadalmi jellege; Jobb Sándor: Az öngyilkosságok területi jellemző Magyarországon, *Területi Statisztika*, 23, 1973, 39–53; Kovács Katalin – Kolozsi Béla: A magyarországi öngyilkosságok a 90-es évtizedben és az öngyilkosság európai trendjei, in Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*, Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég, 2000, 170–195; Zonda – Paksi – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010); Zonda – Veres – Juhász: Az öngyilkosság, mint a társadalmi anómia területi konzekvenciái.

¹⁰⁰ Bálint Lajos: Öngyilkosságok Magyarországon – néhány terület jellegzetessége, *Területi Statisztika* (48) 5, 573–591; Zonda – Veres – Juhász: Az öngyilkosság, mint a társadalmi anómia területi konzekvenciái.

¹⁰¹ Bálint Lajos: Öngyilkosságok Magyarországon – néhány terület jellegzetessége.

¹⁰² Moksony Ferenc: Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája?, *Demográfia*, 2–3, 2003, 203–225; Zonda – Veres: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000).

¹⁰³ Bálint Lajos – Elekes Zsuzsanna: Magyarország deviancia-térképe területi előrejelzésekkel, in Tózsza István (szerk.): *Humán tér-kép. A humán és a fejlesztéspolitikai tényezők földrajza Magyarországon*, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Kar Gazdaságföldrajz, Geoökonómia és Fenntartható Fejlődés Intézet Gazdaságföldrajz és Jövőkutató Központ a Magyar Nemzeti Bank Pallas Athéné Alapítvánnyal együttműködve, 2016.

volt. A módszer térbeli változata a kistérségek szomszédsági környezetét (térben késleltetett értékét) is figyelembe vette az átmenet-valószínűségek becslésekor. Az eredmények azt igazolták, hogy a szomszédos területek értékével jellemzett környezet képes volt befolyásolni az átmenetek kimeneteit. A legalacsonyabb rátával rendelkező kistérségek kilépési valószínűsége csökkent, ha a környezetükben hasonlóan alacsony rátájú kistérségek fordultak elő. Mindez természetesen fordítva is igaz volt, a legmagasabb öngyilkossági rátával rendelkező kistérségek csoportjában maradás esélye is jelentősen nőtt a kedvezőtlen, magas szuicid rátájú környezetben. Az említett példák azt támasztják alá, hogy a tágabb lakóhelyi környezetnek a jelentőségét nem szabad figyelmen kívül hagyni az ökológiai szintű magyarázatokban.

AZ ÖNGYILKOSSÁG TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEINEK LEHETSÉGES OKAI MAGYARORSZÁGON

A hazai szakirodalomban a történeti korszakokon átvívelő stabil területi beágyazottságról mint „százados rejtélyről”¹⁰⁴, „máig nem megválaszolt kérdés[ről]”¹⁰⁵, „mind a mai napig megmagyarázatlan sajátosság[ról]”¹⁰⁶, „érdekes, szabályszerű adat[ról]”¹⁰⁷, pontos magyarázatok hiányáról¹⁰⁸ olvashatunk. A területi különbségek okait egyaránt próbálták ökológiai és mikroszintű nézőpontból magyarázni. A hagyományos, nem-térbeli módszerekkel végzett ökológiai elemzések többsége a várokozások egyikét sem igazolták.¹⁰⁹ A területi elemzések közül Andorka és szerzőtársai¹¹⁰ nem találtak összefüggést az öngyilkosság és a különböző szocio-demográfiai változók (nem, korösszetétel, családi állapot), a foglalkozási struktúra (nem mezőgazdasági aktív keresők aránya) között. Elfogadható statisztikai

¹⁰⁴ Pataki: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdései.

¹⁰⁵ Zonda Tamás – Paksi Borbála – Veres Előd: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010), 5.

¹⁰⁶ Moksony: Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája?

¹⁰⁷ Buda: *Az öngyilkosság*.

¹⁰⁸ Rihmer Zoltán – Gonda Xenia – Dome Peter: Spatial and temporal distribution of suicidal behaviour with a special focus on Hungary. Understanding the variations, in Kumar, Updesh (ed.): *Suicidal Behaviour Underlying dynamics*, London – New York, Routledge Taylor and Francis Group, 2015, 136–152.

¹⁰⁹ Oprics Judit – Paksi Borbála: Az öngyilkosság területi különbségeinek elemzése, *Szenvedélybetegségek*, 4 (1), 1996, 14–24; Paksi Borbála – Zonda Tamás: Néhány érv a szuicid hajlam regionális differenciáltságának kulturális-normatív beágyazottsága mellett in Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég, Budapest, 2010, 196–213.

¹¹⁰ Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László – Vavró István: Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei.

kapcsolatok hiányában jutottak arra a következtetésre, hogy az öngyilkosságok motivációit: „...a megyék népességének komplex normatív rendszerében (társadalmi szabályok összességében), tradicionális magatartási formáiban, összefoglalóan kulturális sajátosságaiban (...) elsősorban az ott élő népesség speciális öngyilkossági hagyományaiban kell keresnünk”¹¹¹. Néhány évvel később Jobb¹¹² lényegileg megismételte Andorkáék elemzését, az öngyilkossági ráta standardizálása azonban nem segítette a jelenség jobb megértését.

ANÓMIA ÉS INTEGRÁCIÓ

A területi adatokon végzett elemzések sikertelensége motiválta a kutatókat, hogy a térbeli különbségek okait más típusú módszerekkel próbálják feltárni.¹¹³ A kilencvenes évektől számos mikroszintű, összehasonlító elemzés látott napvilágot, amelyek két szélső szuicid érintettségű (egy magas és egy alacsony) terület (település vagy megye) népességeinek döntően szubjektív vélekedései alapján próbálták megerősíteni az anómia, az integráció és a kultúra szerepét az öngyilkos magatartás regionális különbségeiben. Oprics és Paksi¹¹⁴ Balassagyarmat és Csongrád összehasonlító elemzéséből az derült ki, hogy az alacsonyabb szuicid veszélyeztetettségű balassagyarmati népesség értékstruktúrája egybehangzóbb, stabilabb, a személyes interperszonális kapcsolatháló jelentősebb, mint a csongrádiaké. Zonda és Paksi¹¹⁵ egy későbbi összehasonlító elemzésében a kultúra, az integráció és a normarendszer meghatározó szerepét vizsgálták. Megállapították, hogy a csongrádiak a nehéz élethelyzetek bármelyikében jóval elfogadóbbak az öngyilkossággal és az öngyilkossági kísérlettel szemben, mint a balassagyarmatiak. Felmérésük azt mutatta, hogy az alföldi város lakói a frusztrációt előidéző szituációkban azonnal és indulatosabban reagálnak, míg a nógrádiak kevésbé impulzívok, agressziójuk felett képesek uralkodni. Paksi

¹¹¹ Andorka – Cseh-Szombathy – Vavró: Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei, 51–53.

¹¹² Jobb: Az öngyilkosságok területi jellemző Magyarországon.

¹¹³ „Az okok felderítése (...) csak úgy elképzelhető, ha bármelyik részadatot, paramétert, vélt okot stb. egy alacsony és egy magas öngyilkosságú megye (terület) azonos, lehetőleg egyidőben, azonos metodikával felvett adataival hasonlítjuk össze.” Zonda: Öngyilkosság, statisztika, társadalom, 94.

¹¹⁴ Oprics – Paksi: Az öngyilkosság területi különbségeinek elemzése.

¹¹⁵ Zonda Tamás – Paksi Borbála: Az öngyilkosság regionális eltéréseinek hátterében feltételezhető okok összehasonlító vizsgálata (Csongrád és Balassagyarmat), *Szenvedélybetegségek*, 7 (3), 1999, 172–185.

és Zonda¹¹⁶ kutatási kérdéseiket nagyobb megyei mintán is vizsgálták. Vas és Bács-Kiskun megyei elemzésükben azt találták, hogy az alacsonyabb szuicid veszélyeztetettségű régióban az értékválasztás egységesebb, a szükségletkielégítettség szintje magasabb, a cél- és eszközértékek közötti összhang nagyobb volt. Bizonyos esetekben feltevésük nem igazolódott. Például, a főkomponens-elemzéssel létrehozott anómia-indexük nem tért el a vizsgált megyék között.

Az ellentétes szuicid veszélyeztetettségű régiókban végzett szociológiai vizsgálatok eredményei nem vitathatók. Különösen értékesek az elemzésnek azok a megállapításai, amelyek az öngyilkosság társadalmi elfogadottságával kapcsolatosak.¹¹⁷ A hagyományos durkheimi megközelítés ugyanis nem tulajdonít jelentőséget az elfogadásnak. Stack és Kposowa¹¹⁸ többszintű modelljében jelentős számú szociodemográfiai változó kontrollja mellett is kimutatták, hogy a magas öngyilkossági rátájú országokhoz tartozó egyének elfogadóbbak az öngyilkossággal szemben.

A komparatív attitűd-vizsgálatokkal szemben több kritika is megfogalmazható. Egyet kell értenünk Moksony és Hegedüs¹¹⁹ megállapításával, mely szerint a kérdőíves felmérések segítségével feltárt öngyilkosságra vonatkozó attitűdök nem elégségesek a tényleges szuicid viselkedés magyarázatához. A másik kritikai észrevétel az eredmények kiterjesztésével kapcsolatos. Paksi és Zonda¹²⁰ az anómia értelmezéseinek a magyarországi öngyilkossági ráták területi mintázatának magyarázatában betöltött szerepét valószínűleg eltúlozza. A térbeli mintázat egy jelenségnek a térben megfigyelhető szabályszerűségére, elrendezettségére utal. Egy jelenség eloszlásának térbeli mintázata az egyes térbeli entitásoknak (térelemeknek, térbeli megfigyeléseknek) az elrendezettségével és a köztük levő geográfiai kapcsolatokkal határozható meg. A térbeli mintázat értékelésének a képessége szükségszerű előfeltétele a jelenség eloszlásának alapjául szolgáló bonyolult térbeli folyamatok megértésének. Két terület attitűdjeit vizsgáló *survey* típusú megközelítések a térbeli struktúra bonyolult kapcsolatrendszerére azonban nem nyújtanak információt.

¹¹⁶ Paksi Borbála – Zonda Tamás: Anomikus és integrációs hipotézisek az öngyilkosság területi mintázatának magyarázatában, *Szenvedélybetegségek*, 9 (5), 2001, 331–340.

¹¹⁷ Az öngyilkosság elfogadásával kapcsolatos kutatásokhoz lásd még Moksony Ferenc tanulmányát (Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája?)

¹¹⁸ Steven Stack – Augustine J. Kposowa: The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross National Analysis, *Social Science Quarterly*, 89 (1), 2008, 39–59.

¹¹⁹ Moksony Ferenc – Hegedüs Rita: Társadalmi integráltság, kultúra deviancia: a vallás hatása az Öngyilkosságra Magyarországon, *Szociológiai Szemle*, 2006/4, 3–18.

¹²⁰ Paksi – Zonda: Anomikus és integrációs hipotézisek az öngyilkosság területi mintázatának magyarázatában.

KULTURÁLIS MAGYARÁZAT

A hazai területi öngyilkossági különbségek kulturális meghatározottságát többen is felvetették.¹²¹ Pataki szerint a területi egyenlőtlenségek megfejtéséhez: „...célszerűbb volna az eddigieknél nagyobb figyelmet szentelni (...) a lokális-regionális kultúrák tanulmányozásának, finom jellegzetességeik, szimbolikus rendszereik és kommunikációs szokásaik szisztematikus feltárásának.”¹²² Kovács és Kolozsi¹²³ a területi mintázat változatlansága kapcsán jutottak arra a következtetésre, hogy az öngyilkosság területi meghatározottságában a kulturális tényezők elsőbbséget kell hogy élvezzenek. E tanulmányokban közös, hogy a kultúra és az öngyilkosság kapcsolatának tapasztalati ellenőrzésére nem fordítottak figyelmet. Moksony¹²⁴ kulturális megközelítése lényeges hozzájárulás a területi egyenlőtlenségek magyarázatához. A tanulmány az egyén deviáns közösséghez való szoros kötődését, a közösség értékeihez való igazodását, a magatartásmintáinak követését, illetve ezeknek az öngyilkosságban játszott szerepét vizsgálta. Abból indult ki, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos beállítódás fiatal korban, a családi szocializáció keretei között alakul ki, feltételezte, hogy azok, akik az ország délkeleti részében születtek, a régió elhagyása után is megőrizték nagyobb fogékonyságukat az önpusztítás iránt. A születési régiónak az öngyilkosságra gyakorolt hatása (délkeleti régióból származók) a földrajzi mobilitás (földrajzilag mobil vagy immobil) kontrollja mellett is szignifikánsnak bizonyult. A tágabb korcsoportok szerint szelektált modellek azt jelezték, hogy a születési régió hatása az életkor előrehaladtával mérséklődik. Moksony¹²⁵ szerint a deviáns jelenségek megértéséhez a strukturális tényezők mellett szükség van a kulturális tényezők figyelembevételére is.

A szocializációnak az öngyilkosságra gyakorolt hatását a hazai társadalomtudósok közül többen is feltételezték.¹²⁶ Néhányan rámutattak arra, hogy az öngyilkosságot vagy annak kísérletét elkövetők családjában gyakoribb az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet.¹²⁷ A családban előfordult öngyil-

¹²¹ Buda: *Az öngyilkosság*; Andorka – Cseh-Szombathy – Vavró: Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei; Zonda – Veres: *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000)*; Paksi – Zonda: Anomikus és integrációs hipotézisek az öngyilkosság területi mintázatának magyarázatában.

¹²² Pataki: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdései.

¹²³ Kovács – Kolozsi: A magyarországi öngyilkosságok a 90-es évtizedben és az öngyilkosság európai trendjei.

¹²⁴ Moksony: Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája?

¹²⁵ Uo., 217.

¹²⁶ Andorka – Cseh-Szombathy – Vavró: Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei; Cseh-Szombathy: *Az öngyilkosság társadalmi jellege*.

¹²⁷ Buda: *Az öngyilkosság*.

kossági cselekmények mintahatását találta Farkasinszky és munkacsoportja is a szegedi gyermek- és serdülőkori öngyilkosságokat vizsgálva.¹²⁸ Pataki¹²⁹ szerint: „...azokban a családokban, ahol a közvetlen családtagok (felmenők) körében már előfordult öngyilkosság, az élő családtagok e minta szuggesztív hatása révén tízszer veszélyeztetettebbek az öngyilkosság kihívásával szemben, mint ahol nincs ilyen családi konfliktus megoldási minta.” A krízishelyzet könnyen vezethet öngyilkosság elkövetéséhez olyan családokban, ahol a nehézségeknek a megoldására az öngyilkos viselkedésminta a problémamegoldási módszerek része. Így a családban történt szuggesztív mintáknak a beívódása jelentős mértékben hozzájárulhat a területi egyenlőtlenségek fennmaradásához.

TÉRBELI MODELLEK

A térbeli adatok egyik legfontosabb tulajdonsága az adatok térbeli függetlenségének a hiánya. Kevés kivétellel a hazai területi öngyilkossági kutatások mellőzik a térbeli adatok inherens sajátosságát.¹³⁰ Durkheim klasszikus művének megjelenésével szinte egyidős járásszintű magyar adatok térbeli modelljei azt mutatták, hogy a megfelelően specifikált térbeli modellekkel az öngyilkosság

¹²⁸ Uo.

¹²⁹ Pataki: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdései.

¹³⁰ A statisztikai nézőpontból a megfigyelések függetlenségének a feltevése a leggyakrabban alkalmazott statisztikai eljárások alapkövetelménye. A térbeli adatokra nem tekinthetünk véletlen mintaként, sokkal inkább a sztochasztikus folyamat egyedi realizációjaként. A véletlen mintavételi eljárással szemben, amelyben minden egyes megfigyelés a független információnak egy darabját hordozza, a sztochasztikus folyamatban testet öltő függőség azt jelenti, hogy egyetlen megfigyelés áll rendelkezésre, az értékek teljes térbeli mintázata. A térbeli függőség következménye, hogy a megfigyelések kevesebb információt tartalmaznak, mintha függetlenek volnának, a függőség ezért információvesztéshez vezet. A térbeli függőség jelenléte esetén a térbeli mintán alapuló statisztikai következtetés nem lesz olyan hatásos, mint egy hasonló méretű független minta esetében. Az azonos méretű független mintákból becsült modellekhez képest a függő adatokból származó becslések varianciái nagyobbak, a szignifikanciaszintek alacsonyabbak, a modellek illeszkedése rosszabb. A hatásosság vesztesége elsősorban speciális statisztikai módszerek alkalmazásával orvosolható. A térben függő adatok nem megfelelő kezelése nem hatásos és/vagy torzított és inkonzisztens becslésekhez vezethet (L. Anselin: *What is Spatial About Spatial Data? Alternative Perspectives on Spatial Data Analysis*, UC Santa Barbara, National Center for Geographic Information and Analysis, 1989, 89–94.). Lineáris regressziónál a térbeli függőség mellőzése esetén regressziós együttható becslés már nem hatásos becslése a sokasági paramétereknek, értéke lényegesen eltérhet a valós értéktől. A függetlenség feltevésén alapuló standard hibák pontatlanok és pozitív térbeli autokorreláció esetén túlságosan kicsik. Ha a megfigyelések térben korreláltak, tehát a közeli megfigyelések hasonlóan egymásra, a minta nem tartalmaz annyi független információt, mint amennyit az N elemű minta látszólag sugallna. A normál standard hibabecslés a közeli megfigyelések közötti korrelációt figyelmen kívül hagyja és ezért a tényleges varianciát alulbecsli.

klaszterezettsége jól magyarázható.¹³¹ A tanulmány az anómia, az integráció, a kultúra változóival, valamint a térbeli hatás (a hibatagok térben késleltetett értékei) segítségével magyarázta a területi különbségeket. Az alföldi és az erdélyi járások magas szuicid rátáinak a klaszterezettsége a hibastruktúrából eltűnt.

Kortárs hazai kistérségi adatok elemzése az integráció több összetevőjének (választási részvételi arány, a vallásfelekezethez nem tartozók és a rokkantnyugdíjasok aránya) egyidejű hatását igazolta.¹³² A tanulmány egyik üzenete az volt, hogy a jelenség háttérében több tényező együttes hatása áll, habár az egzogen változók hatása messze eltölpül a térbeli (kulturális) hatáshoz képest.

SZÁZ ÉVVEL KÉSŐBB. A TÉRBELI MINTÁZAT 1901 ÉS 1910, VALAMINT 2001 ÉS 2010 KÖZT

A hazai kutatók körében általánosan elfogadott álláspont, hogy a térbeli társadalmi változások ellenére az öngyilkosság területi eloszlása a hivatalos statisztikai anyakönyvezés óta változatlan. Cseh-Szombathy¹³³ megfogalmazása ennél valamivel óvatosabb volt, ő a megyék sorrendjének a változatlanságát említette. A jelenséggel foglalkozó tanulmányoknak azonban egyike sem vizsgálta e történeti korszakokon átívelő kapcsolat megalapozottságát és erősségét. Az 1901 és 1910, illetve a 2001 és 2010 közötti időszakok összevetésével ezt a hiányt igyekszem valamelyest pótolni.

AZ ADATOK

A történeti népesség- és öngyilkossági adatok a Statisztikai Hivatal *A Magyar Szent Korona Országainak 1901–1910. évi Népmozgalma Községenként* című kötetében található. A kötet a községek mellett járások és vármegyék szerint tartalmazza a fontosabb népmozgalmi eseményeket. Sajnos nem szerepelnek adatok a meghaltak kor és nemek szerinti eloszlására, emiatt az elemzést más alcsoportokra nem lehet kiterjeszteni. A kortárs öngyilkossági és népesség adatok a Központi Statisztikai Hivatal elektronikus népességregiszteréből (Demográfia Táblázó) származnak.

¹³¹ Bálint: Öngyilkosságok a Magyar Királyságban.

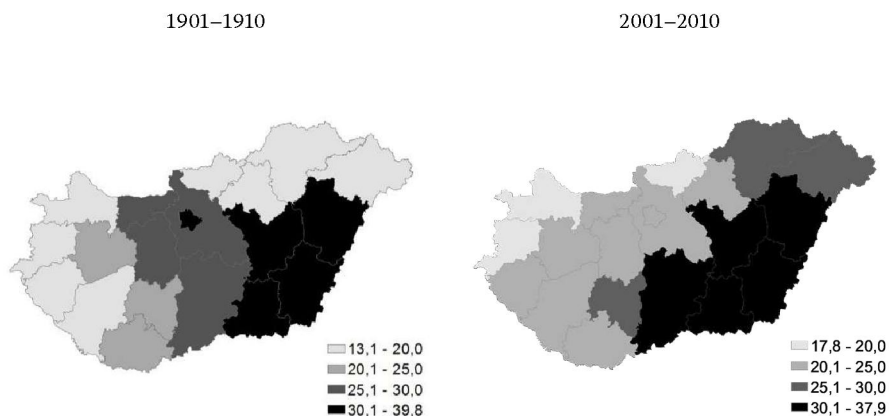
¹³² Balint, Lajos – Dome, Peter – Daroczi, Gergely – Gonda, Xenia – Rihmer, Zoltan: Investigation of the marked and long-standing spatial inhomogeneity of the Hungarian suicide rate: A spatial regression approach, *Journal of Affective Disorders*, 155, 2014, 180–185.

¹³³ Cseh-Szombathy: Az öngyilkosság társadalmi jellege.

A közigazgatási rendszer többszöri átalakítása miatt a korabeli közigazgatási szintek egyike sem feleltethető meg a jelenkorinak. Az elmúlt száz évben a megyék településeinek összetétele, földrajzi kiterjedtsége (alakja) jelentősen átalakult. Az egyetlen elfogadható megoldás az volt, hogy a történeti kiadványokban szereplő településeket a jelenkori közigazgatás által ismert településekkel kapcsoljuk össze.

A települések összevonása és szétválása, valamint beolvadása más településbe jelentősen megnehezítette a homogenizálással kapcsolatos feladatokat.¹³⁴ A történeti és a jelenkori települési adatok összekapcsolása a 2010. évi közigazgatási állapot szerint történt. A települési adatok homogenizálásával kapcsolatos nehézségek ellenére az adatbázis a megyei mellett részletesebb területi szint elemzésre is alkalmas.¹³⁵ Előbbi különösen azért fontos, mert a területi mintázat stabilitására vonatkozó állítások megyei/vármegyei térképekből levont következtetéseken alapulnak, míg az utóbbi a térbeli struktúra árnyaltabb megismerését és alkalmasint bonyolultabb térbeli módszerek alkalmazását is lehetővé teszi.

2. ábra. A 100000 lakosra jutó nyers öngyilkossági ráták megyénként, 1901–1910 és 2001–2010



Forrás: saját szerkesztés

¹³⁴ További nehézséget okoz, hogy bizonyos települések az államhatár módosulása miatt ma már két ország területén helyezkednek el (pl. Komárom, Kelebia, Nagylak), e települések népességeit nem osztottam meg, hanem az anyaországon belül számoltam el.

¹³⁵ A települési adatok kistérségi szintre történő aggregálása kisebb kompromisszum elfogadása mellett lehetséges. A Mórahalomi kistérség jelenkori települései közül csak Öttömös és Pusztamérges létezett a századforduló időszakában. Mivel a terület jelentős része a Szeged körüli pusztavilághoz tartozott, ezért a Szegedi és a Mórahalomi kistérséget összevonva, közös területi egységként kezeltük, emiatt az elemzésben szereplő kistérségek száma 174-re csökkent.

EREDMÉNYEK

A 20. század első évtizedében 18739 öngyilkossági eset történt a mai államhatárokon belül. A népességszám 1901-ben 6873 ezer, 1910-ben 7632 ezer fő volt. Mivel a közties évek települési szintű népességadatai nem álltak rendelkezésre, ezért a legegyszerűbb megoldást választva az időszak első és utolsó éve alapján számolt népességátlagokat szoroztam fel az időszak hosszúságával (10 év). Az 1901 és 1910 közötti évek nyers rátája 25,84 százzezrelék volt. A száz évvel később, a 2001 és 2010 közötti időszakban 26267 befejezett öngyilkosságra került sor, ebből 193 (0,73%) esetben a tényleges lakóhely ismeretlen és/vagy az országhatáron kívül történt. A besorolható esetek száma 26074 volt, a nyers ráta 25,82 százzezrelék, a két időszak öngyilkossági intenzitása gyakorlatilag megegyezett.

A megyei szintű térképek (2. ábra) a nyers rátákat¹³⁶ mutatják azonos intervallumhatárok szerint, az eredmények azonban csak részben erősítik meg a szakirodalom által gyakran hangsúlyozott változatlanyságot. Az öngyilkosság térbeli eloszlásának meghatározó elemei az ország délkeleti, keleti megyéinek az ország más megyéihez képest jóval jelentősebb és a nyugati megyék jóval ritkább önpusztítása mindkét időszakban pontosan kivehető. Amíg azonban a térbeli mintázat a legutóbbi időszakban délkeleti–északnyugati irányú lejtő szerint szabályszerűen csökkenő térbeli struktúrát mutatott, addig a száz évvel korábbi térképen hiába keressük e rézsútos megosztottság nyomait. A 20. század elején – az északi megyék kivételével – inkább kelet–nyugat irányú lejtő volt jellemző, Budapestnek az alföldi megyékhez hasonló magas rátájával és a nyugati, illetve északi megyéknek nagy kiterjedésű, alacsony értékeivel.¹³⁷ A két időszak közötti lineáris korrelációs együttható értéke megyei skálán 0,62 volt, vagyis egy hagyományos lineáris regressziós becsléssel a múltbeli értékek a jelenkori öngyilkossági ráták varianciájának hozzávetőleg kétötödét magyaráznák.

Részletesebb területi skálán még pontosabb képet adhatunk a területi mintázatról (34. ábra). A megfigyelt és a várható értékek hányadosaiból képzett mutatók közül az egynél nagyobbak az országos átlagnál magasabb, a kisebbek az alacsonyabb valószínűségre utalnak. Az így kapott öngyilkossági arányszámok

¹³⁶ A történeti adatoknál települések szerinti korösszetétel nem állt rendelkezésre, emiatt az adatok standardizálásától el kellett tekintenünk. Ahogy arra korábban már utaltam, a standardizálással a területi különbségek nem voltak magyarázhatók, és a közelmúltból származó tapasztalatok is azt mutatták, hogy a nyers és a standardizált adatok kistérségi szinten sem tértek el.

¹³⁷ Az 1901 és 1910 közötti történeti mintázathoz hasonló megyei térképet közöl Cseh-Szombathy (Az öngyilkosság társadalmi jellege) az 1950 és 1961 közötti időszak adatai alapján.

megkönnyítik a térbeli mintázat időbeli és nemek szerinti vizsgálatát is.¹³⁸ A hagyományos (nyers) térképek mellett lokális Bayes simítású térképek a jelenleg pontosabb (reálisabb) megismerését teszik lehetővé.

A legszembetűnőbb különbség a történeti és a jelenkori adatok térbeli eloszlása között az, hogy a történeti adatok mintázata kevésbé szabályszerű, mint száz évvel később. A Moran-féle autokorrelációs mutató¹³⁹ értéke a történeti adatoknál mindössze a fele a jelenkorinak (3. ábra). A legmagasabb és a legalacsonyabb hányadosok közötti különbségek a simítás után sem sokat változtak, a terjedelem pedig lényegesen nagyobb (0,31–2,83), mint napjainkban (0,57–1,93). A két időszak közötti Pearson-féle korrelációs együttható nagysága a nyers értékeknél 0,36 (KI: 0,22–0,48), a simítottnál 0,42 (KI: 0,29–0,54) volt. A rangkorrelációs mutatók ennél sokkal gyengébb asszociációt mutattak.

Az öngyilkosság történeti és jelenkori térbeli mintázatának vannak tehát stabil, változatlanságra utaló összetevői. Közülük a Nagyalföld magas szuicid érintettsége a legmeghatározóbb. Ugyanakkor vannak a térbeli struktúrának olyan elemei is, amelyek változtak az idők során, ilyen például a fővárosnak és az ország középső részének egykor magasabb, napjainkban jóval alacsonyabb szuicid-fertőzőtsége. Ezzel ellentétes irányú átalakulás játszódott le az észak-magyarországi kistérségekben. A jelenkori mintázat szabályszerű délkelet–északnyugati elrendezettséget mutat, ez pedig semmiképpen sem igaz a száz évvel korábbi térbeli struktúrára.

¹³⁸ P_i a népesség száma az i -edik térbeli egységben, és O_i a halálozások megfigyelt száma ugyanott, a várható esetszám az i -edik terület egységben $E_i = P_i r_+$, ahol r_+ a teljes sokaság incidencia-hányadosa. Az O/P_+ hányados számlálójában O_+ az összes esetszám, P_+ pedig a teljes népesség. Ha az adatok valamilyen csoportok szerint rendezettek (leggyakrabban korcsoportok szerint), akkor hasonló eljárást alkalmazva figyelembe lehet venni az esetek és a népesség eloszlásának a csoportok közötti különbségét. Ahelyett, hogy az összes térbeli megfigyelés alapján meghatározható O/P_+ globális hányadost használnánk, korcsoportok szerint részletezett $r_j = (\sum_i O_{ij})/P_{ij}$ hányadosokat határozzuk meg. A várható esetek száma az i -edik régióban $E_i = \sum_j P_{ij} r_j$. A várható és a megfigyelt esetek hányadosa a standardizált szuicid halandósági hányados. A standardizációnak ezt a típusát indirekt standardizációnak nevezzük. (R. S. Bivand – E. Pebesma – V. Gómez-Rubio: *Applied Spatial Data Analysis with R*, Second edition, New York, Springer, 2013.)

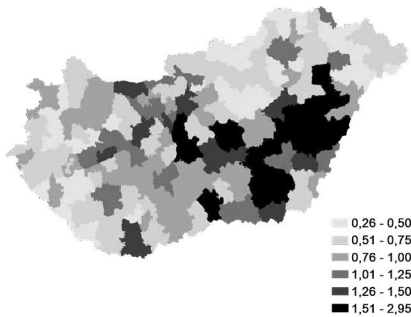
¹³⁹ Az autokorrelációt kifejező Moran I a kistérségi öngyilkossági arányszámoknak térben késleltetett értékeikkel (szomszédaiuk súlyozott átlagával) való korrelációját jelzi.

3. ábra. Öngyilkossági hányadosok kistérségeként

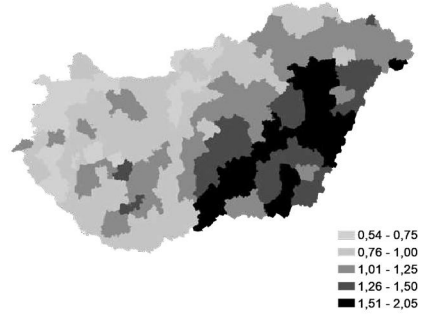
1901–1910

2001–2010

Simítatlan hányadosok

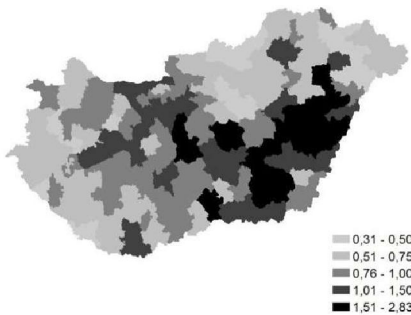


Moran $I = 0,366$

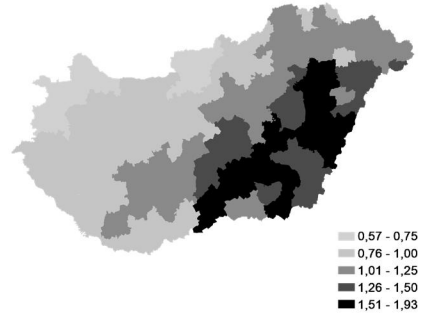


Moran $I = 0,694$

Bayes simítású térképek



Moran $I = 0,442$



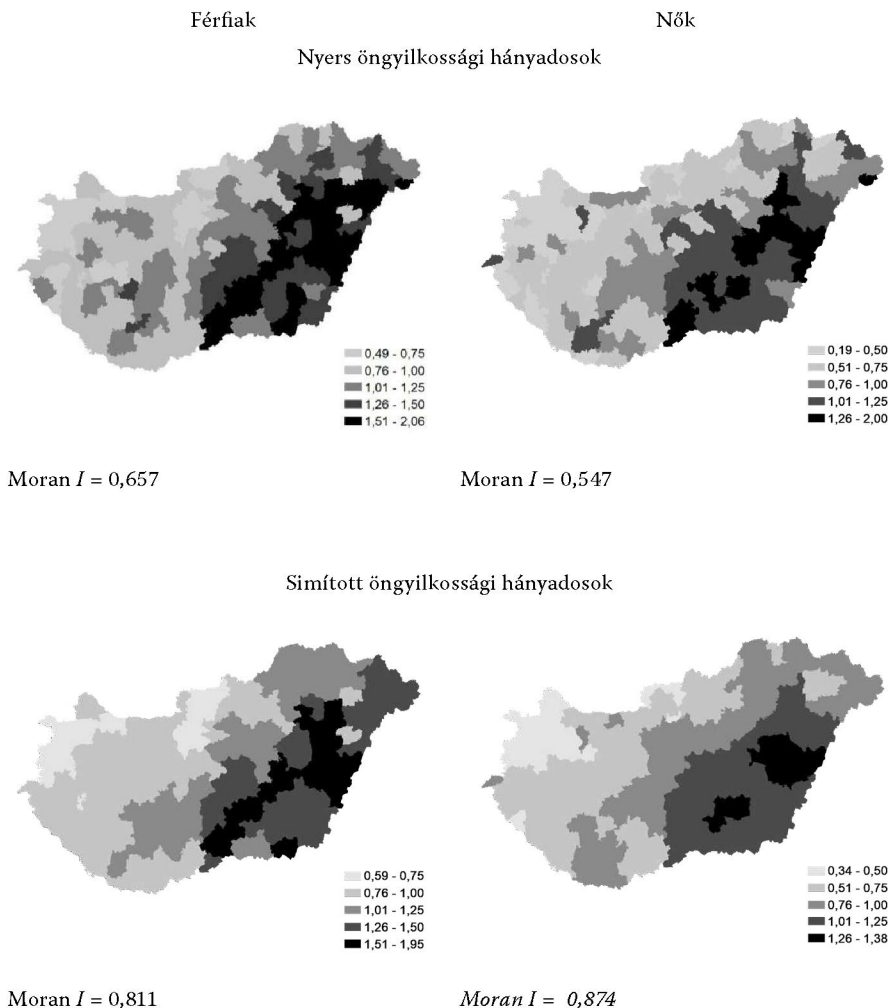
Moran $I = 0,814$

Forrás: saját szerkesztés

A korra standardizált arányszámok simítása nemek szerint történt (4. ábra). Eredményeink azt mutatják, hogy a férfiak és a nők önpusztításának a térbeli struktúrája gyakorlatilag megegyezik. A nőknél a simítás után az abszolút különbségek valamelyest kisebbek (0,34–1,38) voltak, mint a férfiaknál (0,59–1,95),

míg a relatív különbségek a nőknél voltak valamivel nagyobbak. Az autokorreláció mértéke is szerény különbségre utal. A térbeli mintázat nemek szerinti hasonlósága azt az üzenetet hordozza, hogy a területi különbségeket előidéző tényezőknek is ugyanazoknak kell lenniük.

4. ábra. Standardizált öngyilkossági arányszámok nyers és simított térképei nemek szerint, 2001–2010



Forrás: saját szerkesztés

NÉHÁNY ÖSSZEFOGLALÓ GONDOLAT

Az öngyilkosság földrajzi különbségeinek magyarázata többek figyelmét felkeltette hazánkban. Ennek ellenére kevés olyan tanulmány született Magyarországon, amely megfelelő térbeli eljárásokat használt volna az öngyilkosság földrajzi különbségeinek a magyarázatára és mintázatának a leírására. A hazai kutatók körében általánosan elfogadottá vált az a megállapítás, hogy a térbeli eloszlás, dacolva minden társadalmi-gazdasági átalakulással, több mint egy évszázada ugyanazt a térbeli mintázatot mutatja. Buda¹⁴⁰ szerint az első hazai közlések óta hatalmas társadalmi átalakulás ment végbe, ezért a térbeli mintázat stabilitása semmilyen keresztmetszeti szociológiai hipotézissel nem magyarázható. Amennyiben az öngyilkosság valóban a tényleges társadalmi erők befolyása alatt állna, akkor ennek meg kellene mutatkoznia az öngyilkossági arányszámok változásában. Buda állítása nem teljesen pontos, részben mert alulértékeli más tényezőknek az öngyilkosságban játszott szerepét. A térbeli stabilitásra utaló állítás implicit módon pedig azt sugallja, hogy elegendő az állandóságnak a kultúrában, a normarendszerben rejlő okait megragadni, hogy választ kaphassunk a „rejtélyre”.

A jelenkori mintázat szabályszerű délkelet–északnyugati lejtőt mutat, ez pedig semmiképpen sem azonoson a száz évvel korábbi térbeli struktúrával. A két adatsort összehasonlítva még megyei szinten is csak közepes erősségű kapcsolat volt megfigyelhető. Helyesebbnek látszik adatainkból azt a következtetést levonni, hogy az öngyilkosság területi mintázatában vannak stabil térbeli rezsimok, ezek közül kétségtelenül az alföldi magas veszélyeztetettségű klaszter a legtartósabb, és vannak a térbeli struktúrának olyan összetevői, amelyek változtak az idők során, ilyen például az egykor magas öngyilkosságot mutató fővárosnak és az ország középső részének a javulása. Az elmaradott, komoly strukturális nehézségekkel szembesülő Szabolcs-Szatmár és Borsod-Abaúj-Zemplén megyei kistérségek alföldi kistérségekhez való közeledése ugyancsak fontos fejlemény a mintázat változásában.

A nemek szerinti vizsgálataink a térbeli mintázat hasonlóságára mutattak rá, ami azt jelzi, hogy a különbségeket hasonló okok idézik elő. Az öngyilkosságok földrajzi mintázata nemi sajátosságai mellett fontos kérdés volna az elkövetés módszereinek területi vizsgálata is.

Annak ellenére, hogy az öngyilkosság a nyolcvanas évek óta öröndetesen csökkent mind a férfiaknál, mind a nőknél, az öngyilkosság továbbra is komoly

¹⁴⁰ Buda: *Az öngyilkosság*, 26.

aggodalomra ad okot az alföldi régióban. Az önártalom erős területi koncentrációja azt is jelenti, hogy a régió egészére kiterjedő hatékony prevenciós stratégiákkal a hazai öngyilkossági ráta további jelentős csökkenését lehetne elérni.

Az aggregált adatokból jól ismert módon nem következtethetünk az egyéni cselekvő viselkedésére.¹⁴¹ A területi összefüggések vizsgálata mégis több szempontból fontos. Az elmúlt évtizedben megjelentek olyan tanulmányok, amelyek azt jelezték, hogy az öngyilkosság atomisztikus megközelítése nem tartható. A kontextuális tényezők, a lakóhely társadalmi-gazdasági környezete pozitív vagy negatív hatással lehetnek az egyén mentális egészségére.¹⁴²

BIBLIOGRÁFIA

- A Magyar Szent Korona Országainak 1901–1910. évi Népmozgalma Községenként*, Magyar Statisztikai Közlemények sorozat, 46. kötet, Budapest, Magyar Kir. Központi Statisztikai Hivatal, Atheneum Irodalmi és Nyomdai Részvénytársulat Nyomása, 1913.
- ANDORKA R. – CSEH-SZOMBATHY L. – VAVRÓ I.: Társadalmi elitélés alá eső magatartások előfordulásainak különbségei, *Statisztikai Szemle*, 46 (2), 1968, 145–158.
- ANSELIN, L.: *Spatial Econometrics: Methods and Models*, Dordrecht Netherlands Boston, Kluwer Academic Publishers, 1988.
- ANSELIN, L.: *What is Special About Spatial Data? Alternative Perspectives on Spatial Data Analysis*, UC Santa Barbara, National Center for Geographic Information and Analysis, 1989, 89–94.
- ANSELIN, L.: *Spatial data analysis with GIS: an introduction to application in the social sciences*, (92–10), UC Santa Barbara: National Center for Geographic Information and Analysis, 1992.
- ANSELIN, L. – GALLO, J. L. – JAYET, H.: Spatial Panel Econometrics, in Mátyás, László – Sevestre, Patrick (eds.): *The Econometrics of Panel Data, Advanced Studies in Theoretical and Applied Econometrics*, vol 46, Berlin – Heidelberg, Springer, 2008, 625–660.
- BÁLINT L.: Öngyilkosságok Magyarországon – néhány terület jellegzetesség, *Területi Statisztika*, 48 (5), 2008, 573–591.

¹⁴¹ William S. Robinson: Ecological Correlations and the Behavior of Individuals, *American Sociological Review*, 15 (3), 1950, 351–357.

¹⁴² Ana V. Diez Roux – Christina Mair: Neighborhoods and health, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 2010, 125–145.

- BÁLINT L.: *A területi halandósági különbségek alakulása Magyarországon 1980–2006*, Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései, 90, Budapest, 2010, 109–113.
- BÁLINT L.: Öngyilkosságok a Magyar Királyságban, *Demográfia*, 57 (1), 2014, 5–43.
- BÁLINT, L. – BOZSONYI, K.: Regional Characteristics of Suicides in Hungary, in Kulcsár László – Kulcsár J. László (ed.): *Regional Aspects of Social and Economic Restructuring in Eastern Europe: the Hungarian Case*, Budapest Hungary, Hungarian Central Statistical Office, 2010, 214–254.
- BÁLINT, L. – DOME, P. – DAROCZI, G. – GONDA, X. – RIHMÉR, Z.: Investigation of the marked and long-standing spatial inhomogeneity of the Hungarian suicide rate: A spatial regression approach, *Journal of Affective Disorders*, 155, 2014, 180–185.
- BÁLINT L. – ELEKES Zs.: Magyarország deviancia-térképe területi előrejelzésekkel, in Tózsza István (szerk.): *Humán tér-kép. A humán és a fejlesztéspolitikai tényezők földrajza Magyarországon*, Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Kar Gazdaságföldrajz, Geoökonómia és Fenntartható Fejlődés Intézet, Gazdaságföldrajz és Jövőkutatás Központ a Magyar Nemzeti Bank Pallas Athéné Alapítvánnyal együttműködve, Budapest, 2016, 89–144.
- BALLER, R. D. – RICHARDSON, K.: Social integration, imitation and the geographic patterning of suicide, *American Sociological Review*, 67, 2002, 873–888.
- BALLER, R. D. – SHIN, D.-J. – RICHARDSON, K. K.: An Extension and Test of Sutherland's Concept of Differential Social Organization: The Geographic Clustering of Japanese Suicide and Homicide Rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (3), 2005, 343–355.
- BANDO, H. D. – MOREIRA, R. S. – PEREIRA, J. CR – BAROZZO, L. V.: Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996–2005: an ecological study, *BMC Psychiatry*, 12, 2012, 124, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/124>.
- BARTLETT, C. J. – GUNNELL, D. – HARRISON, G. – MOORE, L.: Neurotic symptoms, stress, or deprivation: which is most closely associated with incidence of suicide? An ecological study of English Health Authorities, *Psychological Medicine*, 32, 2002, 1131–1136.
- BIVAND, R. S. – PEBESMA, E. – GÓMEZ-RUBIO, V.: *Applied Spatial Data Analysis with R*, Second edition, New York, Springer, 2013.
- BÖSZÖRMÉNYI, E.: *Az öngyilkosságok múltja és jelene. Történeti vázlat, különös tekintettel Magyarországra*, Magánkiadás, Budapest, 1991.

- BRADATAN, C.: About Some 19th-Century Theories of Suicide: Interpreting Suicide in an East European Country, *International Journal of Comparative Sociology*, 48 (5), 2007, 417–432.
- BREAULT, K. D.: Was Durkheim Right? A Critical Survey of the Empirical Literature on Le Suicide, in Lester, David (ed.): *Émile Durkheim: Le Suicide 100 Years Later*, Philadelphia, The Charles Press, Publishers, 1994, 11–29.
- BUDA B.: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*, 2., bővített kiadás, Budapest, Animula, 2001.
- CHANG, S-S. – STERNE, J. A. C. – WHEELER, B. W. – LU, T-H. – LIN, J-J. – GUNNELL, D.: Geography of suicide in Taiwan: Spatial patterning and socioeconomic correlates, *Health and Place*, 17, 2011, 641–650.
- CONGDON, P.: Suicide and parasuicide in London: A small-area study, *Urban Studies*, 33, 1996, 137–158.
- CONGDON, P.: The Epidemiology of Suicide in London, *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 159 (3), 1996, 515–533.
- CONGDON P.: The Spatial Pattern of Suicide in the US in Relation to Deprivation, Fragmentation and Rurality, *Urban Studies*, 48 (10), 2011, 2101–2122.
- CUTRIGHT, P. – FERNQUIST, R. M.: The culture of suicide through societal integration and religion: 1996–1998 Gender-specific suicide rates in 50 American states, *Archives of Suicide Research*, 8 (3), 2004, 271–285.
- CSEH-SZOMBATHY L.: Az öngyilkosság társadalmi jellege, *Demográfia*, 2, 1963, 186–216.
- DIEZ ROUX, A. V. – MAIR, C.: Neighborhoods and health, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 2010, 125–145.
- DORLING, D. – GUNNEL, D.: Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000, *Transactions of the Institutes of British Geographers*, 28 (4), 2003, 442–460.
- DURKHEIM, E.: *Az öngyilkosság*, Szociológiai tanulmány, 2. kiadás, Budapest, Közgazdasági és Jogi, [1897] 1982.
- EUROSTAT 2018: Causes of death – standardised death rate by residence [hlth_cd_asdr2], http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en
- FERNQUIST, R. M. – CUTRIGHT, P.: Societal Integration and Age-Standardized Suicide Rates in 21 Developed Countries, 1955–1989, *Social Science Research*, 27, 1998, 109–127.
- FERRETTI, F. – COLUCCIA, A.: Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries, *Legal Medicine*, 2009, S92–S94.

- FUKUDA, Y. – NAKAMURA, K. – TAKANO, T.: Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973–1977 and 1993–1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75, *International Journal of Epidemiology*, 34, 2005, 100–109.
- GUNNEL, D. – SHEPPERD, M. – EVANS, M.: Are recent increases in deliberate self-harm associated with changes in socio-economic conditions? An ecological analysis of patterns of deliberate self-harm in Bristol 1972–3 and 1995–6, *Psychological Medicine*, 30 (5), 2010, 1197–1203.
- GUNNELL, D.: Time trends and geographic differences in suicide: implications for prevention, in Hawton, K. (ed.): *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*, Oxford, UK, Oxford University Press, 2005, 293–306.
- GUNNELL, D. J. – PETERS, T. J. – KAMMERLING, R. M. – BOOKS, J.: The relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation, *British Medical Journal*, 311, 1995, 226–230.
- HELBICH, M. – PLENER, P. L. – HARTUNG, S. BLÜML, V.: Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007–11, *Scientific Reports*, 7, 2017, 7673.
- HEMPSTEAD, K.: The geography of self-injury: Spatial patterns in attempted and completed suicide, *Social Science and Medicine*, 62 (12), 2006, 3186–3196.
- HÓDI S.: A pszichózisok és öngyilkosságok területi és etnikai megoszlása Vajdaságban, in Székely András Bertalan (szerk.): *Az ex-YU magyar közérzeti irodalom antológiája*, Zenta – Tóthfalu – Szabadka, Logos, 1997, 117–132.
- HOOGHE, M. – VANHOUTTE, B.: An Ecological Study of Community-Level Correlates of Suicide Mortality Rates in the Flemish Region of Belgium, 1996–2005, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41 (4), 2011, 453–464.
- JAGODIC, H. K. – AGIUS, M. – PREGELJ, P.: Inter-regional variations in suicide rates, *Psychiatria Danubia* 24, Supple 1, 2012, 82–85.
- JOBBS S.: Az öngyilkosságok területi jellemző Magyarországon, *Területi Statisztika*, 1973, 23, 39–53.
- KALEDIENE, R.: Time trends in suicide mortality in Lithuania, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 1999, 419–422.
- KANDRYCHIN, S. – YURY, R.: The spatial pattern of suicide in Europe, *European Psychiatry*, 41, Supplement, 2017, S295.
- KANDRYCHYN SIARHEI: Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history, *Archives of Suicide Research*, 8 (4), 2004, 303–314.

- KENNEDY, H. G. – IVESON, R. C. – HILL, O.: Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts, *British Journal of Psychiatry*, 175, 1999, 462–446.
- KONDRICHIN, S. V. – LESTER, D.: Suicide in Belarus, *Crisis*, 19 (4), 1998, 167–171.
- KONEK S.: Magyarország öngyilkolási statisztikájához, *Statisztikai és Nemzetgazdasági Közlemények*, IV. kötet, I. füzet, Pesten, MTA Statisztikai Bizottsága, 1867.
- KONEK S.: *Az Ausztria-Magyar Monarchia statistikai kézikönyve*, Pest, Heckenast, 1868.
- KOVÁCS K. – KOLOZSI B.: A magyarországi öngyilkosságok a 90-es évtizedben és az öngyilkosság európai trendjei, in Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég, Budapest, 2000, 170–195.
- KOVÁCS N.: Öngyilkossági esetek Magyarországon, *Magyar Statisztikai Szemle*, 1943, 8, 407–420.
- KOWALSKI, G. S. – FAUPEL, C. E. – STARR, P. D.: Urbanism and Suicide: A Study of American Counties, *Social Forces*, 66 (1), 1987, 85–101.
- LEE, D.: Accounting for self-destruction: Morselli, Moral Statistics and the Modernity of Suicide, *Intellectual History Review*, 19 (3), 2009, 337–352.
- LESTER, D.: Suicide in Italy: The north versus the south, *Italian Journal of Suicidology*, 7, 1997, 19–21.
- LESTER, D.: The regional variation of suicide in the United States in 1880 and 1980, *Omega*, 34, 1997, 81–84.
- LEVI, F. – LA VECCHIA, C. – LUCCHINI, F. – NEGRI, E. – SAXENA, S. – MAULIK, P.K. – SARACENO, B.: Trends in mortality from suicide, 1965–99, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 2003, 341–349.
- MÄKINEN, I. H.: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (9), 1405–20.
- MÄKINEN, I. H.: Suicide mortality of eastern European regions before and after the communist period, *Social Science and Medicine*, 63 (2), 2006, 307–319.
- MARUSIC, A.: Suicide mortality in Slovenia: regional variation, *Crisis*, 19, 1998, 159–66.
- MASARYK, T. G.: *Suicide and The Meaning of Civilization*, Chicago – London, The University of Chicago Press, 1970.
- MASOCCO, M. – POMPILI, M. – VANACORE, N. – INNAMORATI, M. – LESTER, D. – GIRARDI, P. – TATARELLI, R. – VICHÍ, M.: Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin, *The Psychiatric Quarterly*, 81, 2010, 57–71.

- MCLOONE, P.: Suicide and deprivation in Scotland, *British Medical Journal*, 312, 1996, 543–544.
- MIDDLETON, N. – STERNE, J. A. – GUNNELL, D.: The geography of despair among 15-44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (12), 2006, 1040–1047.
- MILNER, A. – MCCLURE, R. – DE LEO, D.: Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 2012, 19–27.
- MOKSONY F. – HEGEDÜS R.: Társadalmi integráltság, kultúra deviancia: a vallás hatása az Öngyilkosságra Magyarországon, *Szociológiai Szemle*, 4, 2006, 3–18.
- MOKSONY F.: Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája?, *Demográfia*, 2–3, 2003, 203–225.
- MORSELLI, H.: *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics*, New York, Arno Press, 1975.
- NEUMAYER, E.: Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation, *Cross Cultural Research*, 37, 2003, 307–329.
- OPRICIS J. – PAKSI B.: Az öngyilkosság területi különbségeinek elemzése, *Szenvedélybetegségek*, 4 (1), 1996, 14–24.
- PAKSI B. – ZONDA T.: Néhány érv a szuicid hajlam regionális differenciáltságának kulturális-normatív beágyazottsága mellett, in Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (Szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*, Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég, 2000.
- PAKSI B. – ZONDA T.: Anomikus és integrációs hipotézisek az öngyilkosság területi mintázatának magyarázatában, *Szenvedélybetegségek*, 9 (5), 2001, 331–340.
- PATAKI F.: A deviáns jelenségek értelmezésének és kezelésének a kulcskérdései, in Münnich Iván – Moksony Ferenc (összeállította): *Devianciák Magyarországon*, Budapest, Közélet, 1994, 78–101.
- POMPILI, M. – INNAMORATI, M. – VICHI, M. – MASOCCO, M. – VANACORE, N. – LESTER, D. – SERAFINI, G. – TATARELLI, R. – DE LEO, D. – GIRARDI P.: Inequalities and impact of socioeconomic-cultural factors in suicide rates across Italy, *Crisis*, 32, 2011, 178–185.
- PRETTI, A. – MIOTTO, P.: Social and economic influence on suicide. A study of the situation in Italy, *Archives of Suicide Research*, 5, 1999, 141–156.
- PRITCHARD, C.: Suicide, unemployment and gender in the British Isles and European Economic Community (1974–1985) A hidden epidemic?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 1988, 85–89.

- REHKOPF, D. H. – BUKA, S. L.: The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review, *Psychological Medicine*, 36, 2006, 145–157.
- RETTERSTØL, N.: *Suicide: A European Perspective*, Cambridge – New York, Cambridge University Press, 1993.
- REZAEIAN, M. – DUNN, G. – ST LEGER, S. – APPLEBY, L.: The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 2005, 785–791.
- RIHMER, Z. – GONDA, X. – DOME, P.: Spatial and temporal distribution of suicidal behaviour with a special focus on Hungary. Understanding the variations, in Kumar, Updesh (ed.): *Suicidal Behaviour Underlying dynamics*, London – New York, Routledge Taylor and Francis Group, 2015, 136–152.
- ROBINSON, W. S.: Ecological Correlations and the Behavior of Individuals, *American Sociological Review*, 15 (3), 1950, 351–357.
- SANTANA, P. – COSTA, C. – CARDOSO, G. – LOUREIRO, A. – FERRÃO, J.: Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis, *Health & Place*, 35, 2015, 85–94.
- SEDIĆ, B. – MARTINAC, M. – MARCINKO, D. – LONCAR, C. – JAKOVLJEVIĆ, M.: Suicides in Croatia 1993–2001: regional differences, *Psychiatria Danubina*, 15, 2003, 175–84.
- SELVIN, H. C.: Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Research, *American Journal of Sociology*, 3 (6), 1958, 607–619.
- SKOG, O.-J.: Alcohol and Suicide – Durkheim Revisited, *Acta Sociologica*, 34, 1991, 193–206.
- SKOG, O.-J.: Alcohol and Suicide in Denmark 1911–1924 – experiences from 'natural experiment', *Addiction*, 88, 1993, 1189–1193.
- SUZUKI, E. – SAORI, K. – KAWACHI, I. – SUBRAMANIAN, S. V.: Social and Geographical Inequalities in Suicide in Japan from 1975 through 2005: A Census-Based Longitudinal Analysis, *PLoS ONE*, 2013, 8(5):e63443.
- STACK, S. – KPOSOWA, A. J.: The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross National Analysis, *Social Science Quarterly*, 89 (1), 2008, 39–59.
- SZÉL T.: Az öngyilkosság demográfiája, I. rész. *Magyar Statisztikai Szemle*, 7, 1928, 715–734.
- TONDO, L. – ALBERT, M. J. – BALDESSARINI, R. J.: Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 2006, 517–523.
- TURNER, S.: Durkheim among the statisticians, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32 (4), 1996, 354–378.

- TRGOVAC, A. B. – KEDRON, P. J. – BAGCHI-SEN, S.: Geographic variation in male suicide rates in the United States, *Applied Geography*, 62, 2015, 201–209.
- VORACEK, M. – SONNECK, G.: Surname study of suicide in Austria: differences in regional suicide rates correspond to the genetic structure of the population, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 2007, 355–360.
- VORACEK, M. – VINTILLA, M. – MURANYI, D: A further test of the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis: Correspondence of county suicide rates in Romania and population proportion of ethnic Hungarians, *Perceptual and Motor Skills*, 105, 2007, 1209–1222.
- WHITLEY, E. – GUNNELL, D. – DORLING, D. – DAVEY SMITH, G.: Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide, *British Medical Journal*, 319, 1999, 1034–1037.
- WHO, 2016: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe July 2016. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- YAKAR, M. – TEMURÇIN, K. – KERVANKIRAN, I.: Suicide in Turkey: its changes and regional differences, *Bulletin of Geography, Socio-economic Series*, 35, 2017, 123–143.
- ZONDA T.: *Öngyilkos nép-e a magyar?*, Budapest, Végeken, 1995.
- ZONDA T.: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*, Budapest, Kairosz, 2006.
- ZONDA T. – PAKSI B.: Az öngyilkosság regionális eltéréseinek hátterében feltételezhető okok összehasonlító vizsgálata. (Csongrád és Balassagyarmat), *Szenvedélybetegségek*, 7 (3), 1999, 172–185.
- ZONDA T. – VERES E.: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970 – 2000), *Addiktológia, Addictologia Hungarica*, 3 (1), 2004, 7–23.
- ZONDA T. – PAKSI B. – VERES E.: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010). Műhelytanulmányok 2, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2013.
- ZONDA T. – VERES E. – JUHÁSZ J.: Az öngyilkosság, mint a társadalmi anómia területi konzekvenciái, *A Falu*, 25 (4), 2010, 57–70.

AZ ÖNGYILKOSSÁGOK NÉPRAJZI VIZSGÁLATÁRÓL



BÓDÁN ZSOLT

Az öngyilkosság mint téma nem tekinthető a néprajzi kutatások klasszikusának. Míg a nemzetközi antropológiai szakirodalomban már a 19. század végén összefoglaló jellegű tanulmány,¹ majd önálló kötet született ebben a kérdéskörben,² s ha nem is nagy számban, de találhatunk példákat az öngyilkosság kulturális szempontú elemzéseire,³ addig a magyar bibliográfiákat gyakorlatilag hiába vesszük kézbe kiindulási pontot keresve, hiszen kifejezetten ilyen irányú kutatásokra a legutóbbi időkig nem került sor.⁴ Azért is sajnálatos ez, mert Újszászi Kálmán 1936-ban megjelent falukutatói útmutatójában már találkozhatunk a probléma felvetésével,⁵ ennek azonban tudtommal kézzelfogható eredménye nem született. Sebestyén Gyula és Bán Aladár gyűjtési útmutatójában pedig már 1912-ben megfogalmazódik az igény – egy mondat erejéig – az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek gyűjtésére.⁶

A témával általánosságban, saját gyűjtései mellett támaszkodva a néprajzi szakirodalomban fellelhető szórványos adatokra is, Kunt Ernő foglalkozott a magyar parasztság halálképeinek kutatása kapcsán az 1980-as években,⁷ illetve Dobos Ilonának született egy rövidebb tanulmánya az öregek önkéntes haláláról,⁸ és

¹ S. R. Steinmetz: Suicide among Primitive Peoples, *American Anthropologist*, Vol. 7, 1, 1894.

² J. Wisse: *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, W. J. Thieme et Cie., 1933.

³ Bővebben lásd jelen kötet Öngyilkosság és kultúra c. tanulmányának természeti népekről szóló részét.

⁴ A Magyar Néprajzi Lexikon egyetlen, kifejezetten a témához kapcsolódó címszava: Pócs Éva: Akasztott ember, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 1. köt., A–E, Budapest, Akadémiai, 1977, 55.

⁵ Újszászy Kálmán: *A falu. Útmutatás a falu tanulmányozásához*, Hasonmás kiadás, Sárospatak, Kazinczy Ferenc Társaság, [1936] 1992, 32.

⁶ Sebestyén Gyula – Bán Aladár: Tájékoztató a Folklor Fellows Magyar Osztályának országos gyűjtéséhez, *Ethnographia*, XXIII. évf., 1912, 210.

⁷ Kunt Ernő: *A halál tükrében*, Budapest, Magvető, 1981; Kunt Ernő: *Az utolsó átváltozás. A magyar parasztság halálképe*, Budapest, Gondolat, 1987.

⁸ Dobos Ilona: *Paraszti szájhagyomány, városi szóbeliség*, Budapest, Gondolat, 1986.

egy-egy lokális közösség vonatkozásában az első publikációk az 1990-es évek elején jelentek meg Nagy Olga és Balázs Lajos tollából.⁹ Utóbbi csíkszentdomokosi kutatásai jelentik az öngyilkosságok első módszeres, sok szempontú néprajzi feldolgozását. Mintaadó eredményeire is támaszkodva indult meg az 1990-es évek végén a magyar nyelvterület egyik legarchaikusabb csoportja, a gyimesi csángók körében az öngyilkosságok néprajzi és antropológia vizsgálata két egymástól független kutatási program keretében, a Debreceni Egyetem Néprajzi Tanszékéhez és a Miskolci Egyetem Antropológia Tanszékéhez kötődően. Az eredmények a 2000-es évek közepétől folyamatosan kerültek publikálásra,¹⁰ s ehhez a kutatáshoz kapcsolódóan készült el a néprajztudomány addigi ismereteinek összefoglalása is a kérdéssel kapcsolatban.¹¹ Szintén ebben az időszakban publikálta tapasztalatait a gyimesközéploki tanár-néprajzkutató, Tankó Gyula is,¹² miközben Pócs Éva vezetésével a Pécsi Egyetem Néprajzi Tanszékének tanárai és diákjai is intenzív gyűjtőmunkába kezdtek a térségben, s kutatásaikban, ha érintőlegesen is, de foglalkoztak az öngyilkosságokkal is.¹³ Ugyancsak a pécsi tanszékhez kötődnek Iancu Laura moldvai csángók körében, Magyarfaluban végzett vallási néprajzi kutatásai: a témát feldolgozó monográfiájában¹⁴ egy rövid fejezet erejéig már szerepel az öngyilkosság is, megmutatva, hogy napjainkban a magyar paraszti kultúra olyan klasszikus kérdéseit érintő kutatások, mint a

⁹ Nagy Olga: *Világgá futó szavak. Havadi beszélgetések*, Budapest, Szépirodalmi, 1990; Balázs Lajos: *Menj ki lelkem a testből*, Csíkszereda, Pallas–Akadémia, 1995.

¹⁰ Bódán Zsolt: A gyimesi csángók öngyilkosságához kapcsolódó hiedelmeinek vázlata, *Ethnica*, V. évf., 2003/4, 121–125; Bódán Zsolt: „Nem szabad a szentelt földbe bétenni.” Az öngyilkossághoz kapcsolódó attitűd viselkedésben megnyilvánuló elemei Gyimesközéplokon, in Murányi János (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2007–2008. Humán- és Természettudományok*, Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2008, 101–126; Bódán Zsolt: Az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek Gyimesközéplokon, in Murányi János (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2009, Néprajz, Muzeológia, Természettudományok*, Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2009, 13–38; Bódán Zsolt: „Azt tisztá fejjel nem is lehet.” Az öngyilkossághoz kapcsolódó attitűd hiedelmeken kívüli mentális elemei Gyimesközéplokon, in Kelemen Imola (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2010*. Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2010, 389–394; Frida Balázs Zakariás – Kalas Györgyi: „Mejek, pusztítom el magamot...”. *Az öngyilkosság antropológiai vizsgálata a gyimesi csángóknál*, Miskolci Egyetem Kulturális és Vizuális Antropológia Tanszék, OTDK-dolgozat, Kézirat, 1999.

¹¹ Bódán Zsolt: A magyar parasztság és az öngyilkosság, in Gecse Annabella (szerk.): *TISICUM – A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Múzeumok Évkönyve 18*, Szolnok, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Múzeum, 2009, 321–329. <http://bodanzsolt.atw.hu/PDF/A%20magyar%20parasztság%20es%20az%20ongyilkosság.pdf> (Letöltés: 2018. június 6.)

¹² Tankó Gyula: Öngyilkosság a Gyimesekben, *Székelyföld*, VIII. évf., 2004/7, 119–137.

¹³ Pócs Éva (szerk.): „Vannak csodák, csak észre kell venni”. *Helyi vallás, néphit és vallásos folklór Gyimesben I*, Pécs – Budapest, Pécsi Tudományegyetem Néprajz–Kulturális Antropológia Tanszék – L'Harmattan, 2008.

¹⁴ Iancu Laura: *Vallás Magyarfaluban. Néprajzi vizsgálat*, Budapest, PTE Néprajz – Kulturális Antropológia Tanszék – L'Harmattan, 2013.

vallás, túlvilág, halottkultusz nem lehetnek teljesek az önkezű halál oly sokáig hanyagolt területének vizsgálata nélkül. Nem néprajzosok tollából született, de kifejezetten gazdag etnográfiai adatok tekintetében Vadas Gyula és Veress Albert felcsíki öngyilkosságokkal foglalkozó könyve, eredményeik mindenképpen figyelmet érdemelnek néprajzi szempontból is.¹⁵

Miközben a néprajzi-antropológiai kutatások lokális tekintetben eleddig csak a magyar nyelvterület egy kis szegletére – Székelyföldre, Gyimesre és Moldvára – fókuszáltak, a feldolgozás mélysége, a tematikai sokszínűség, az egyedi kérdésfeltevés és a megközelítési módok számos újszerű eredménnyel gazdagították az önkezű halállal kapcsolatos ismereteinket. Az egyik legnépszerűbb témakör a klasszikus folklór területéhez kötődik: az öngyilkosságokhoz kapcsolódó hiedelmek – azon belül is különösen az ördög öngyilkosságokban játszott szerepe – több kutató figyelmét is felkeltették.¹⁶ A másik, szintén klasszikusnak tekinthető témaválasztás az utolsó átmenet rítusaihoz kapcsolódóan az öngyilkosok megkülönböztető temetési szertartásának vizsgálata volt, de ezekhez kötődően az öngyilkossághoz kapcsolódó attitűd, az öngyilkosságokról való beszéd mögöttes tartalmai,¹⁷ az öregek önkéntes halála¹⁸ illetve az önkezű halállal összefüggésben a halálkép-értékrend-normativitás is részét képezték a sokszínű témaválasztásnak.¹⁹

A tanulmány további része előbb az öngyilkosság és a kultúra általános kapcsolatát boncolgatva keresi arra a kérdésre a választ, miért is kellene a néprajzosoknak az öngyilkosságokkal foglalkozniuk, majd az önkezű halálhoz kapcsolódó néprajzi ismeretek rövid összefoglalását adja, végezetül egy esettanulmány keretében foglalkozik a néprajzi szempontból legjobban feltárt csoport, a gyimesi csángók öngyilkossághoz kapcsolódó attitűdjével.

¹⁵ Vadas Gyula – Veress Albert: *Az ördög cimborája: A felcsíki öngyilkosságokon túl...*, Csíkszereda, Státus, 2012.

¹⁶ Balássy Enikő: Az öngyilkos ördöge Székelyhodos község hiedelemvilágában, *Erdélyi Múzeum*, LXXIII. évf., 2011/1, 109–120; Balázs Lajos: „Az öngyilkos az ördög cimborája.” Az öngyilkosság mint feltételezett archetipikus cselekvés, in Pócs Éva (szerk.): *Démonok, látók, szentek. Tanulmányok a transzcendens köréből VI*, Budapest, Balassi, 2008, 181–189; Bódán Zsolt: Az önkasztottak látomásai. Gondolatok a néprajz és pszichológia határterületéről, *Ethnica*, VII. évf., 2005/3, 103–106.

¹⁷ Kalas Györgyi: „Sokan akaszthatnák föl magukat.” Az öngyilkosság elbeszélésének sajátosságai a gyimesi csángóknál, *Tabula*, XI. évf., 2008/1–2, 85–95.

¹⁸ Bosnyák Sándor: A halál országa. Az öregek önkéntes halála, *Kharón*, III. évf., 1999/1–2, 123–130.

¹⁹ Berta Péter: Hatalom, halálkép, normativitás (Megjegyzések a magyar paraszti halálkép normatív jellegéről), in Berta Péter (szerk.): *Halál és kultúra*, Budapest, Janus – Osiris, 2001, 117–142.

SZUICIDUM ÉS KULTÚRA, AVAGY MIÉRT IS KELLENE
A NÉPRAJZTUDOMÁNYNAK AZ ÖNGYILKOSSÁGOKKAL FOGLALKOZNI?

Kötetünk egy másik tanulmánya részletesen foglalkozik az öngyilkosság és kultúra általános kapcsolatával, számos – térben és időben változatos – példát hozva a világ népeinek köréből. Az a sokszínűség, melyről az adatok tanúskodnak, meggyőzően támasztja alá a tényt, hogy miközben az önkezdő halál az emberi élet velejárója, az élet illetően módon történő befejezése más és más környezetben más és más elfogadottsággal és jelentéssel bír. Egyszerűen fogalmazva a szuicidum kulturálisan meghatározott cselekedet, melynek a háttérében meghúzódó sajátos, csak az adott kultúrkörre jellemző mozgatórugók működését tapasztalhatjuk meg. Ezek a speciális, egyedi kulturális vonások célirányos kutatások révén feltárhatóak és elemezhetőek. Mely más tudományágaknak, ha nem éppen a tágabban értelmezett néprajznak és antropológiának – amelyek fő tárgya az emberi kultúra különböző aspektusainak, illetve ezeknek, mint rendszerként működő, jelentéseket hordozó egésznek a tanulmányozása – juthatna ez a feladat osztályrészül?

De ha egy lépéssel tovább haladunk s az eddig megfogalmazott legáltalánosabb kulturális szempontok mellett konkrétabbakat is megjelölünk, még világosabban megmutatkozik ez a válasz. Valamennyi kultúra alapvető sajátossága a törekvés arra, hogy az emberi egzisztencia legnagyobb kihívására, az elmúlásra olyan választ kínáljon, mely a kultúra hordozóinak számára ezt a megismerhetetlen és éppen ezért kezelhetetlen, bizonytalan valóságot – a halál botrányát – egy értelmezhető és az egyén rendelkezésére álló, korlátozott keretek között elfogadható eseménnyé változtassa. Ennek a halál kérdésre adott válasznak a tartalma, a hiedelmek, nézetek és szokások összessége adja meg az adott kultúra halálképét, melynek egyúttal szerves részét képezik az olyan speciális esetek is, mint az öngyilkosság. Az utolsó átmenet rítusai klasszikus témáját képezik a néprajzi kutatásoknak, teljességet azonban itt is csak akkor érhetünk el, ha az öngyilkosság kérdéskörét is, mint a halálkép egy sajátos vonását, részletes vizsgálat alá vesszük. Mindez persze fordítva is igaz, reális képet egy adott közösség öngyilkossági viselkedéséről csak a mögötte meghúzódó halálkép feltérképezése által nyerhetünk.

A halálkép szerves részeként, de egyben azon túlmutatóan is, különösen értékes lehet a hiedelemvilág vizsgálata kérdésünk vonatkozásában egy néprajzos számára. Úgy hiszem, az olyan közvetlen kapcsolódási pontok, mint a túlvilágra vonatkozó elképzelések vagy az öngyilkos temetéséhez kapcsolódó sajátos hiedelmek jelentőségét nem kell külön hangsúlyozni, de számos, az öngyilkosság eseményéhez és a közösség halálképéhez csak érintőlegesen kapcsolódó hiedelem

vizsgálata sem haszontalan. Különösen annak fényében igaz mindez, ha figyelembe vesszük a hiedelemrendszer sajátos normatív jellegét, cselekvésszabályozó szerepét.

A hiedelmek, a halálkép s maga az egész kultúra bizonyos élethelyzetekre érvényes, sajátos modelleket kínál a benne élő emberek számára. Ezeknek a kulturális mintáknak, általánosságban véve, a kultúra egyes elemeinek elsajátítását a néprajztudomány a hagyományokba való belenevelődés fogalmával jelöli, míg a pszichológia a szocializáció kifejezést használja arra. Mindkettőn lényegében azt a tanulási folyamatot értjük, mely során az egyén birtokába kerül az az ismeretanyag, mely további élete során a világban való eligazodását lehetővé teszi. Ez nem más, mint az egyén számára születése pillanatától adott társadalmi környezet, a kultúra. Vagyis az a viselkedésminták és a belőlük felépülő modellek szövetvényéből álló rendszer, mely hordozója számára lehetővé teszi, hogy a felkínált mintákat és modelleket mintegy sablonként alkalmazva valamennyi élethelyzetben rendelkezzen a viselkedésnek az adott konkrét szituációban legmegfelelőbb (lényegileg egyedül helyes) kódjával, az ahhoz kapcsolódó valamennyi ismerettel egyetemben. A kultúra által felkínált viselkedésminták és modellek mindig egy többválasztásos rendszert jelentenek. Valamennyi az életben elképzelhető lehetőségre van egy, a kultúra által elméletileg megfogalmazott ideális válasz, melyet a kultúra hordozója a hagyományokba való belenevelődés (értsd szintén szocializáció) során megismer, és attól függően alkalmaz, hogy az a közösség, melynek tagjaként alapvető ismereteit szerezte a világról, mennyire élő, világnézete és normarendszere mennyire kötelező érvényű számára! Elméletileg valamennyi élethelyzetre végtelen számú reakció várható el egy személytől, ennek ellenére mindig csak egy kerül kiválasztásra, s az annak függvényében közelíteni fog a saját kultúra által meghatározott ideális viselkedésmintához, amilyen mértékben a kultúra hordozója a felkínált mintákat és modelleket adoptálta. Az eddig elmondottakból természetesen következik, hogy a szocializáció folyamata nem pusztán a viselkedésminták mechanikus elsajátítását jelenti, hanem a hozzájuk kapcsolódó, kulturálisan megalapozott értékrend, normarendszer és a tágabb értelemben vett világkép adoptációját is. Végso soron a néprajztudomány alapvető célja éppen ennek a népi kultúra lényegi elemét képező értékrendnek és világképnek a feltárása, melynek, mint az eddigiekből kitűnik, az öngyilkosság mint sajátos normatív funkcióval is bíró cselekedet szintén a szerves részét képezi.

Az önkezü halálhoz kapcsolódó ismeretek, az azokra épülő viselkedésminták és modellek, valamint az általuk meghatározott attitűd is a fentebb bemutatott séma alapján kerül a kultúra hordozóinak birtokába. A szocializáció során az egyén megtanulja érteni és értelmezni az öngyilkosság mint sajátos esemény jelentését. Birtokába kerülnek azok az ismeretek, melyeknek a segítségével el

tudja azt helyezni világának egyéb dolgai között. Az így megszerzett szociális tudás mintegy lappangva van jelen, s csak olyan esetekben aktiválódik, amikor azt a konkrét élethelyzet szükségessé teszi. Buda Béla a következőképpen foglalja össze mindezeket:

„A sokféle hajlamosító szociális (pl. településszerkezeti) és kulturális (szokások, segítői minták stb.) tényező mellett az öngyilkossági kultúra lényegét az előforduló öngyilkossági és öngyilkossági kísérleti esetek *modellhatásai* teszik ki. A mikroközösségekben az ilyen hatások tapasztalata, az ezekre adott reakció adja az öngyilkossági szocializáció lényegét. Számos megfigyelés van arra vonatkozóan, hogy ezek a példák »tanítják« a gyerekek számára, hogy milyen esetekben »célszerű«, »elfogadható« az öngyilkosság, és hogyan kell azt végrehajtani. A modellek meghatározott társadalmi szituációkat sugallnak, meghatározott társadalmi szerephelyzetű (nem, kor stb.) emberek számára. A modellhatások által keltett szocializációs folyamatban azután ez bevéssződik a megfelelő attitűdökkel együtt.”²⁰

AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A MAGYAR PARASZTSÁG

Aki a magyar néprajztudomány öngyilkossággal kapcsolatos ismereteit kívánja áttekinteni – mint a bevezetőben már utaltunk rá –, jelen állás szerint csak egy pár rövidebb tanulmányra, illetve néhány oldalas összefoglalásra, valamint szétszórtan, a legkülönbözőbb kiadványokban fellelhető adatmorzsákra támaszkodhat.²¹ Ezek alapján megállapítható, hogy az adatok döntő többsége két nagy terület, a hiedelmek és a sajátos temetkezési szokások körére vonatkozik.

Az ördög öngyilkosságban játszott szerepéhez kapcsolódó hiedelmeket, melyek egyrészt szorosan kapcsolódnak a keresztény vallás tanításához, másrészt attól független, pogány elemeket is hordoznak, az egész magyar nyelvterületen találhatunk. Számos adat szerint az ördög a felbujtója az ember önpusztító tetének, aki a hiedelemtörténetekben mint aktív szereplő jelenik meg, az öngyilkosság véghezvitelének segítője. Jól mutatja ezt azoknak a hiedelemmondáknak a sora, melyek azokról a látomásokról számolnak be, amelyekben az akasztást

²⁰ Buda Béla: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*, Budapest, Animula Egyesület, 1997, 103. Az öngyilkossági szocializációról és modellhatásokról lásd még uo., 24–25, 102–104, 136, 195–197; valamint: Fekete Sándor: *Öngyilkosság és kultúra*, Budapest, Új Mandátum, 2004, 74–75, itt részletesen olvashatunk a szociális tanulás elméletéről.

²¹ Jelen fejezet bővebb változata a néprajzi szakirodalom részletező ismertetésével és az egyes témákhoz kapcsolódó pontos bibliográfiai hivatkozásokkal már korábban megjelent, így – tekintettel a kiadvány jellegére – a terjedelmes néprajzi jegyzetapparátus megisméltetésétől most eltekintünk. Lásd Bódán: A magyar parasztság és az öngyilkosság.

megkísérítő, de megmenekült emberek részesülnek. A beszámolók alapján mindannyian ugyanazzal a képpel szembesülnek életük – öngyilkossági kísérletük szerencsés kimenetelének köszönhetően – csak majdnem utolsó pillanataiban. Furcsa alakok veszik őket körül, s valamilyen hegyes tárggyal a szemük felé szurkálnak, ami az áldozatokat hátrálásra, s ezáltal a nyakuk köré tekert kötél szorosabbra húzására készíti. Apróbb eltérések csak az alakok megjelenésében, illetve az általuk használt szűrőeszközök mibenlétében vannak. Előbbiek lehetnek fekete emberek, piros sapkás alakok, szuronyos katonák, csendőrök, míg az utóbbiak izzó vasak, bajonettek, szuronyok. Mindez azonban az esetek értelmezését nem befolyásolja, a furcsa alakok feltűnését egyöntetűen mint az „ördögök segítségét” értelmezik az öngyilkosságok elkövetésében, s ennek megfelelően az ördöggel azonosítják őket.

Az öngyilkos túlvilági sorsára vonatkozólag több elképzelés is él. Egyrészt az egyházi tanításhoz közelállónan úgy tartják, hogy lelke a pokolra kerül, elkárhozik. Az öngyilkos lelkével kapcsolatos csíki adatok szerint az elhunyt rokonok nem találkoznak az öngyilkossal a túlvilágon, mivel az máshol van, és az élő rokonoknak sem jelenhet meg, esetleg csak évek elteltével, mivel el van zárva. Másrészt számos adat mutatja az öngyilkosnak mint nyugtalan, bolygó léleknek a továbbélését a két világ, az élők és a holtak birodalma között. A szakirodalomban bőségesen találhatunk adatot az egész magyar nyelvterületről arra vonatkozólag, hogy az öngyilkosok lelke a halál után nem tud nyugodni, kísértet lesz, mely visszajár és háborgatja a közösség nyugalma. Megjelenhet ember vagy valamilyen állat, esetleg alaktalan lény képében is, az azonosítható konkrét személytől a szélben járó elkárhozott lélekig számos formában jelentkezhet. A néprajzi irodalomban találhatunk adatokat arra vonatkozólag is, hogy az ilyen léleknek meddig kell bolyongania, mikor nyugodhat meg. Pócs Éva összefoglalásában azt írja, hogy míg újabb öngyilkos fel nem váltja. Máshol azt olvashatjuk, hogy míg le nem jár az ideje, vagy ameddig rendes körülmények között élt volna, esetleg amíg imával ki nem váltják.

A *Magyar Néprajzi Lexikon* egyetlen témánkhoz kapcsolódó címszava az akasztott ember, melyről Pócs Éva a következőket írja: „a magyar népi hitvilágba hozzá fűződő legáltalánosabb hiedelem az volt, hogy kötele szerencsét hoz (pl. aki magánál hordja egy darabját, mindenben szerencsés lesz; a jószág jobban húzik, ha megdörgölik vele; a tolvajnak segítségére volt a sikeres lopásban stb.)”²². A néprajzi irodalomban valóban több példa is található ezzel kapcsolatban. Békés megyében magyarok és szlovákok egyaránt úgy hiszik, hogy az akasztott ember kötele szerencsét hoz, akárcsak Kisvárdán. Zagyvarékason úgy tartják, hogy életet

²² Pócs: Akasztott ember, 55.

jelent, akinek van, az hosszú életű lesz. Az akasztott ember kötéléhez kapcsolódó, de egészen más funkciójú az a hiedelemcselekvés, hogy az akasztott ember kötelét, amennyiben az a házban akasztotta fel magát, a koporsójába rakták, és vele együtt eltemették, hogy ne maradjon otthon a lelke.

Széles körben elterjedt, általános hiedelemnek tűnik az, hogy ha valaki öngyilkosságot követ el, felakasztja magát, azt az időjárás megváltozása is jelzi, nagy szél, csúf, rossz, viharos idő, esetleg jégeső formájában. Az általános ismertséget jól jelzik a szépirodalom köréből hozható példák is, mint például Petőfi Sándor *Téli világ* című versének kezdősorai vagy Vajda János *A gyilkos* című versének első négy sora, de Jókai Mór és Mikszáth Kálmán műveiben is találunk erre utaló részeket.

A furcsa idő magyarázatául a következő adatokat találjuk. Krupa András írja a Békés megyei szlovákok köréből, hogy ilyenkor a lelket a pokolba fűjja a szél. Gulyás Évánál pedig azt olvashatjuk, hogy a jászdózsaiai hite szerint az öngyilkos lelkét a garabonciás viszi el, akiről pedig köztudott, hogy sárkányon utazva gyakran jár a viharban, illetve jégesőt küld, ha nem teljesítik a kívánságát. Pócs Éva számos az antikvitásig visszanyúló példát hoz arra vonatkozólag, hogy a szabálytalanul meghaltak (így például az öngyilkosok) lelke forgószél, vihar alakjában jelenik meg. Ezek a „kereszteletlenek” vonulnak a felhőkben, és hozzák a vihart, a jégesőt. Ez a képzet, mely szerint a forgószélben a gonosz lények, rossz lelkek, boszorkány, szépasszony, garabonciás jár, a magyar nyelvterületen is közismert. A kapcsolat talán valahol ott kereshető, hogy az öngyilkos lelke kárhozott, bolygó, kirekesztett, rossz lélek lesz, és az ilyenek járnak a szélben, viharban (keresztény hatásra esetleg éppen a pokolra tartva).

Egy másik, az időjárással valamilyen szinten kapcsolatban lévő hiedelem megértéséhez tudnunk kell, hogy a korábbi évszázadokban általános gyakorlat volt, hogy az öngyilkos nem részesülhetett egyházi temetésben és nem is harangoztak neki. A vihar, jégeső elhárításának bevett módszere volt a harangozás. Általánosnak tekinthető az a hiedelem is, mely szerint, ha öngyilkosnak harangoznak, akkor a harang elveszíti erejét, nem használ a vihar ellen. Ugyancsak az időjárás megváltozásának kérdésköréhez sorolható, de egyben az idegen hatottnak a falu határán történő átszállításával is összefüggésben álló az a tóalmási adat, mely szerint, ha a határban valaki felakasztja magát, vagy öngyilkost szállítanak arra, akkor rossz lesz a termés, vagy megfagy, vagy elveri a jég.

Az öngyilkos temetésére vonatkozólag az újkortól napjainkig terjedő elszórt néprajzi adatokból a következő kép rajzolható meg. Azok, akik idő előtt, Isten akarata ellenében, önhatalmúlag végezték be életüket, nem részesülhetnek a természetes körülmények között eltávozottaknak kijáró temetési szertartásban. A feudalizmus korából származó néhány adat szerint testüket, mint a

gonosztevőként, elégették. Az általános felfogás szerint az öngyilkos nem nyugodhatott a temető megszentelt földjében, csak a temetőn kívül, annak árkában, vagy ha mégis, akkor csak félreeső helyen, a sarokban, a többi sírtól elkülönülve helyezték el. A temetés pap nélkül, a hagyományos egyházi szolgáltatások (pl. harangozás) megvonásával történt. Ez a gyakorlat mind a katolikus, mind a protestáns közösségekben általánosnak számított, az utóbbiaknál a számártemetés megjelöléssel. Napjaink felé haladva az időben azonban – pontosan nem datálható, területenként eltérő módon – fokozatosan enyhült ez a szigorítás. A halott már bekerülhetett a temetőbe, részesülhetett egyszerűsített egyházi szertartásban, a pap esetleg nem ment házhoz, de már ott volt a temetőben, ha nem is teljes papi díszben. Megnőtt azoknak a száma, akikről azt tartották, a tettük elkövetésének pillanatában nem voltak beszámítható állapotban, ezért már teljes szertartásban részesülhettek. Végül napjainkra a magyar nyelvterület döntő részén már csak az emlékezetben él az egyházi megkülönböztetés gyakorlata.

Nehezebb helyzetben vagyunk, ha az öngyilkossággal kapcsolatos felfogást, attitűdöt kívánjuk elemezni. Úgy vélem, nem tévedünk nagyot, mikor azt állítjuk, hogy a múlt század elején a magyar parasztság körében egy, az öngyilkosságot alapjaiban elítélő attitűd volt uralkodó, mely egyrészt a hagyomány által közvetített hitvilág elemein, másrészt az egyház évszázados tiltásain és gyakorlatán alapult. Ennek megfelelően az önkezű halált rossznak, elítélendőnek tartották. Megbocsáthatatlan bűnnek, mind ember, mind Isten előtt, s egyúttal szegényfoltnak a hátramaradottak számára. Közmondásaink is alapvetően igazodnak ehhez a képhez, elég csak olyan népi bölcsességekre gondolnunk, mint „Aki magának gyilkosa, mennyországnak nem lakosa” vagy „Két halála van, ki magának gyilkosa”.

Ez természetesen csak egy egyszerűsített, elnagyolt kép, mely a vizsgálatba bevont források körének szélesítése által, több szempontú elemzéssel árnyaltabbá tehető. Ennek egyik lépése lehet balladakincsünk vizsgálata kérdésünkre vonatkoztatva. Bár egy kifejezetten ilyen jellegű tanulmány – amilyenre a bolgár népköltészet területéről már született példa – még várat magára, annyit azért megállapíthatunk, hogy balladáinknak, ha nem is gyakori, de rendszeresen felbukkanó eleme az életről való önkéntes lemondás. Elég csak olyan klasszikus darabokra gondolnunk, mint a *Két kápolnavirág* szerelmeseinek vagy *A szegényben esett leány* „vétkes legényének” esete. Mindkettőben a szerelem játssza a központi szerepet, melynek kapcsán a fiatalok a szülői tiltással konfrontálódva jutnak el a végső, megszabadító lépéshez, a halál vállalásához. Ezekben a balladákban sokkal inkább a jogtalan szülői szigor, mint az öngyilkos cselekedet ellen fogalmazódik meg ítélet. Az öngyilkosság itt inkább mint a kilátástalan

élethelyzetben kínálkozó megoldási minta kerül ábrázolásra. S hogy mennyiben talált követőkre ez a minta? Erre a kérdésre a falusi lakosság öngyilkosságainak életkor szerinti megoszlása tudna esetleg támpontokkal szolgálni.

Érdemes külön szólnunk az öngyilkos legény temetésének balladájáról, melynek révén, Faragó József szavaival élve, „balladakincsünk klasszikus, ritka és páratlan balladatípussal gazdagodott”²³. Igazi érdekességét az adja a balladának, hogy benne nem elsősorban a legény tette, hanem annak következményei, az egyházi szertartás, a pap és harangszó nélküli temetés jelenti a drámai konfliktus alapját. A sorokból inkább a közösség együttérzése, mint ítélete olvasható ki. Az öngyilkost barátai, fiatal legények és leányok kísérik zeneszóval a temetőbe.

Új stílusú balladáinkban is hasonló kép rajzolódik ki. Fábián Gyula balladáját, melynek főhőse öngyilkosságot követ el, mivel anyja nem engedi, hogy egy szegény leányt vegyen el, Szabó T. Attila egyenesen Kádár Kata balladájával rokonítja. A hűtlen szerető miatti öngyilkosság ugyancsak témáját képezi balladáinknak. Erre vonatkozóan Katona Imre és Labádi Károly Drávaszögből több változatot is közöl, irodalmi párhuzamokat is bőségesen felvonultatva. Az *Egri legény balladájának* példamutató elemzését Vajda Mária végezte el. Ennek a balladának az érdekességét az adja, hogy a tragikus eset nem szerelmi háttérrel rendelkezik: a legény szegényében követte el tettét, mivel nem tudott helytállni az aratásnál. Ítéletről itt sincs szó, inkább a sajnálat és az esemény tragikus volta kap hangot az új stílusú balladákra jellemző részletező ábrázolásmódban.

A sirató vagy búcsúztató ballada kapcsán Katona Imre azt állapítja meg, hogy az például öngyilkosság esetén a temetési szertartáskor történt „hátrányos megkülönböztetések miatt elégtételt szolgáltató műfaj lehetett (...) [melyben] a rendkívüli körülmények között elhunyt férfiak mondják el esetüket és siratják el magukat, illetve emlékeznek meg róluk harmadik személyben.”²⁴

Balladáink tehát arra engednek következtetni, hogy az öngyilkosság alapvető elítélése nem mindig és nem minden körülmények között jutott érvényre. Voltak olyan élethelyzetek, melyekben a közösség nagyobb toleranciát mutatott, figyelembe véve azt a sajátos szituációt, melyben a tragédia történt. Kunt Ernő ilyennek tekinti a szerelmi eseteket, a becsület védelmét vagy például a hosszas rabság eseteit.

Azt sem szabad figyelmen kívül hagyunk, hogy ha szórványosan is, de öregek önkéntes halálára is találhatunk adatokat a magyarság köréből. Gyönyörű

²³ Faragó József: Az öngyilkos legény temetésének balladája, in Pozsgai Péter (szerk.): *Tűzcsiholó. Írások a 90 éves Lükő Gábor tiszteletére*, Budapest, Táton Bt., 1999, 395.

²⁴ Katona Imre: *Fejezetek a népköltészet köréből*, Debrecen, KLTE, Néprajzi Tanszék, 1994, 167–169.

szépirodalmi megfogalmazását adja ennek Sánta Ferenc,²⁵ a néprajzi szakirodalomból pedig Dobos Ilona,²⁶ illetve Bosnyák Sándor²⁷ tanulmányait említhetjük. Az adatok többsége a torjai Büdös-barlanghoz kapcsolódik. Ez az a hely, ahova az öregek ínséges időkben meghalni mentek, hogy ezzel könnyítsenek családjuk helyzetén, esélyt adva a fiataloknak a túlélésre. Dobos Ilona arra hívja fel a figyelmet, hogy a szokás valaha a Székelyföldön, illetve a Dunántúlon is szélesebb körben ismert lehetett.

A korábban meglévő egységes kép az elmúlt évszázad során azonban alapvető változáson ment át. Ennek elemzése nem szakítható el azoktól a gazdasági, társadalmi, kulturális folyamatoktól, melyek a magyar parasztság körében lezajlottak. Az öngyilkossághoz való viszonyt a korábbi századokban egyfelől az egyház szigorú álláspontja – mely könnyen tudott érvényesülni az alapvetően vallásos falusi környezetben –, másfelől az egységesnek tekinthető, hagyományok által szabályozott paraszti világkép és normarendszer határozta meg. Épp ez a két pillér ment át döntő változásokon a fent említett időszakban. Az egyház társadalmi szerepe s vele együtt a lakosság vallásossága drasztikusan visszaesett, s ezzel egy időben a „hagyományos paraszti közösségek” felbomlása is lezajlott. Napjainkban a legnagyobb jóindulattal sem beszélhetünk a falvakban élő egységes világképről és normarendszerről.

A kérdéshez kapcsolódó megváltozott szemléletet jól példázza két település, Havad és Furta esete. Nagy Olga Havad (Románia, volt Maros megye) kapcsán arról számol be, hogy ott az öngyilkosság már nem számít bűnnek. Tragikus esemény, de nem elítélendő, inkább szájalomra méltó. Sokan úgy tartják, hogy az ember sorsa eleve el van rendelve, így a „sorsvégzés” miatt van, ha valaki ilyen halállal hal meg. Másfelől a falu református lakosságának túlvilági életbe vetett hite megrendült, s úgy tartják „mivel nincs földön túli élet, nincs számonkérés sem”²⁸. Hasonló véleményeket találunk Furtán is. Az önkezű halálra itt sem elsősorban mint bűnre tekintenek, sokkal inkább mint szomorú, tragikus, de valamilyen formában mégis az élet részét alkotó jelenségre. Sőt, olyan vélemény is megfogalmazódott, mely szerint az öngyilkosság betegség, és vannak családok, amelyek különösen hajlamosak rá, az ő körükben ez örökletes. Itt is szembesülhetünk egyúttal a halál utáni létezés megkérdőjelezésével. A református lakosság körében gyakran megfogalmazódó álláspont szerint mennyország nincs, az ember csak a fiában él tovább.

²⁵ Sánta Ferenc: Sokan voltunk, *Irodalmi Újság*, 1954. március 13.

²⁶ Dobos: *Paraszti szájhagyomány, városi szóbeliség*.

²⁷ Bosnyák: A halál országa. Az öregek önkéntes halála.

²⁸ Nagy Olga (szerk.): *Változó népi kultúra. Társadalomnéprajzi vizsgálat Havadon*, Bukarest – Kolozsvár, Kriterion, 2000, 398–400; lásd még uő.: *Világá futó szavak*.

Mindezek a változások természetesen nem jelentik a korábbi egységesnek tekinthető attitűd teljes eltűnését, sokkal inkább csak a fellazulását és keveredését más elemekkel – fordított arányban a közösségek hagyománytisztelő jellegével. Így a mai magyar társadalom lényegében a megengedés felé hajló ambivalenciával jellemezhető leginkább.²⁹ Ez egyfelől az öngyilkosságok verbális elítélésében, másfelől annak mint tragikus, de mindenképpen elfogadható megoldási modellként való kezelésében nyilvánul meg.

ESETTANULMÁNY: AZ ÖNGYILKOSSÁGOKHOZ KAPCSOLÓDÓ ATTITŰD GYIMESKÖZÉPLOKON³⁰

Attitűd az az alapvető beállítódás, sajátos viszony, mely az attitűd tárgyához kapcsolódó mentális elemekből és az általuk meghatározott viselkedésből tevődik össze. A mentális part az attitűd tárgyára vonatkozó kognitív és affektív szférát, vagyis a hozzá kapcsolódó ismeretek és érzelmek körét fedi le. Az attitűd ezek alapján tehát hármas meghatározottságú, az *ismeretek*, az *érzelmek* és a *viselkedés* által. Fontos meghatározója még a fogalomnak az individualitás és a társadalmiság kettőssége, az attitűd ugyanis „társadalmilag meghatározott, de mindig egyénileg kivitelezett lelkiállapot”³¹. Meggyőződésünk szerint az attitűd egyes konkrét személyek által individuálisan megfogalmazott jegyei alkalmasak az általános társadalmi jellegzetességek megragadására, melyek esetünkben a gyimesközéploki csángók mint közösség öngyilkosságához kapcsolódó attitűdjének általános jellemzői.

Az attitűd részét alkotó *kognitív part*, vagyis az attitűd tárgyára vonatkozó ismeretek összessége többféle szinten szerveződik, s elemei bonyolult, szétválaszthatatlanul összefonódó egységet alkotnak. Céljaink elérése azonban indokoltá teszi az egyes elemek lehetőség szerinti különválasztását és pontosabb meghatározását munkadefiníciók formájában. Hiedelmeken jelen esetben az öngyilkossághoz kapcsolódó tudásnak a közösség hagyományai által meghatározott irracionális elemeit értjük, s lényegében a néphit témánkhoz kapcsolódó

²⁹ Lásd erről bővebben: Buda: *Az öngyilkosság*; Fekete: *Öngyilkosság és kultúra*.

³⁰ A gyimesi csángók öngyilkosságához kapcsolódó attitűdjének feltárását célzó kutatás 1999 és 2005 között zajlott, kezdetben mindhárom gyimesi településen, majd a kutatás fókusza Gyimesközéplokra helyeződött, miközben a tárgya a gyimesi népi kultúra korábban vizsgált hagyományos rétegein túl a jelenorientáltság jegyében az „élő hagyomány” megragadásának irányába bővült. Ennek megfelelően bővült az adatközlők köre is, az idősebb generációk mellett kiegészülve a középkorú és fiatalabb generációk tagjaival is.

³¹ Csepeli György: *Szociálpszichológia*, Budapest, Osiris, 1997, 221. Az attitűd fogalmáról általában lásd *uo.*, 220–232.

releváns területeit soroljuk ide. Nézeteken pedig az öngyilkossághoz kapcsolódó tudás hiedelmeken kívül eső részét értjük, mely egyaránt tartalmazhat racionális és irracionális elemeket.

Az *affektív szféra* azokat az attitűd szerves részét képező érzelmeket fedi le, melyeket az öngyilkosság mint elkövetett tett vált ki a közösség tagjaiban.

A *viselkedés szféráján* pedig azokat a mentális part által kiváltott szokásokat és egyéb nem szokásszerű cselekvéseket értjük, melyek az attitűd tárgyhöz közvetlenül kapcsolódnak, s ezáltal az attitűd fontos elemei és indikátorai is egyben. Jelen összefüggésben a szokások a gyimesközéploki csángók öngyilkossághoz kapcsolódó, hagyományos kultúrája által meghatározott, rendszeresen ismétlődő cselekvései.

Az attitűd mentális elemei – az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek

Az öngyilkossághoz közvetlenül kapcsolódó hiedelmek közül elsőként az ördöggel kell foglalkoznunk. A gyimesi csángók dualisztikus világképében, ahol az Isten az abszolút jó, az ördög pedig, mint a gonoszság megtestesítője, a legfőbb rossz, negatív princípiumként jelenik meg. A katolikus tanítás által nagymértékben befolyásolt alakja azonban számos korábbi hiedelemként szerepét, funkcióját is magára öltve formálódott. Pócs Éva ír arról, hogy az egyházi eredetű általánosítás, mely szerint minden rossz az ördög műve, a paraszti hitvilágra is milyen nagy hatást gyakorolt, mutatja ezt a személytelen rontás fogalmának ördöggként való megjelenítése, valamint bizonyos, régen közismert, rosszindulatú lényeknek a hitvilágból való kiszorulása folyamán az ördögre való felcserélődése.³² Az ördög létében való hit elevenen él Gyimesben, és a fent említett kettősség is megfigyelhető a vallomásokban.

Az ördög mint személy megjelenési formája két forrásból táplálkozik. Egyrészt az évszázadok során az egyház és a közgondolkodás által formált sztereotip szarvas-patás-szörös fekete csúf alak, melyet a templomból, képekről, színdarabokból, sőt a televízióból ismernek a helyiek, másrészt a hiedelemtörténetek vörös sipkás, vörös csizmás alakja. Mindkettővel kapcsolatban megfogalmazódik azonban a kételkedés hangja: „Én még nem láttam, nem tudom”. Ez a kételkedés azonban nem annyira az ördög létének, sokkal inkább a plasztikus formában történő megjelenítésnek szól, hiszen az ördögöt nem annyira mint konkrét alakot, sokkal inkább, mint szellemi lényt, illetve általánosságban a világban megjelenő

³² Pócs Éva: Ördög, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 4. köt., N–Szé, Akadémiai, Budapest, 1981, 127.

ROSSZAT képzelik el. Ő az, aki az embert arra ingerli, hogy Isten ellen cselekedjen, hogy ártson embertársainknak, káromkodjon, ne menjen templomba. Bárhol, bármilyen formában megjelenhet (éppen ezért nem tulajdonítanak nagy jelentőséget a képszerű megfogalmazásának), itt a földön, az emberek között, sőt, az emberekben van, fel kell ismerni és harcolni kell ellene, különben uralkodik.

Az eddigiekkel szemben az ördög alakjának van egy, az egyházi tanításoktól távolabb álló vonása is. Mindenféle „fermenkálást”, rontást az ördög munkálkodásának tekintenek. Aki olyannal foglalkozik, az ördöggel foglalkozik. Jól mutatja ezt, hogy a gyimesi boszorkány egyik sajátos segítőjét, a piros nyakkendő békát, mely a tejelvényes eszköze, egyenesen az ördöggel azonosítják. Ugyanez az azonosítás jelenik meg a lüderc alakjával kapcsolatban is. Magyar Zoltán szavaival élve, „a két hiedelemként – a lüderc és az ördög – ugyanaz a lény, a lüderc mindössze az ördög egyik megjelenési formája.”³³

A keresztény tanoktól ugyancsak teljesen távol álló az „ördögszolga” alakja, mely az ördög címszó alatt gyakran elsődleges értelemben szerepel a szakirodalomban.³⁴ Az általánosan elterjedt vonásoknak megfelelően Gyimesben is az olyan emberekkel kapcsolatban fogalmazódik meg az állítás: „ennek ördöge van”, aki látványosan gyarapodik, hirtelen nagyobb vagyona tesz szert. A hiedelemtörténetek szerint az ördög gazdája számára minden munkát elvégez, ezért cserébe azonban fokozatosan elemésztí őt, illetve a halála után megkaparintja a lelkét. Megszabadulni vagy úgy lehet tőle, hogy eladják vagy még inkább úgy, hogy olyan feladatot adnak neki, amely az erejét túl hosszú időre lekötí, így nem tud visszatérni gazdájához. Ez utóbbira tipikus és általánosan ismert példa az „ördög malma”, egy szikla a Gyimeshez közeli Nagybagmász és Egyes kő közelében, ahol az ördög a hagyomány szerint gazdája parancsára örli a folyamatosan hulló köveket.

Az öngyilkossággal kapcsolatban azonban nem ezek a vonások, inkább az egyház által sugalmazott kép dominál. Az ördög mint kísértő jelenik meg, aki segíti az embert a bűn végrehajtásában, támogatja a rosszban, és mindezt azért, hogy a lelkére rátehesse a kezét, azt a pokolba, az örök kárhozatra juttassa. Erre utalnak azok a funkciók, melyeket a hiedelemtörténetekben betölt. Ő az, aki megkísérti az embert, aki rábíra arra, hogy elpusztítsa magát, ő jár közbe ennek a végzetes tettnek az elkövetése érdekében. Ha valaki rászánta magát, már nem tud visszafordulni, mert az ördögök közrefogják. Nem engedik nyugodni, nem hagyják,

³³ Magyar Zoltán: *A csángók mondavilága. Gyimesi csángó népmondák*, Budapest, Balassi, 2003, 92.

³⁴ Gyimesi példák: Magyar: *A csángók mondavilága*, 440–450; Salamon Anikó: *Gyimesi csángó mondák, ráolvasások, imák*, Békéscsaba, Helikon, 1987, 71–83; Tankó Gyula: *Gyimesi szokás-világ*, Székelyudvarhely, Erdélyi Gondolat, 1996, 87.

hogy másra gondoljon, addig hajtják, amíg el nem követi a tettét. Az olyanon már az ördög uralkodik, az segíti, irányítja.³⁵ Vannak arra vonatkozó adatok, hogy amikor valaki fel akarja akasztani magát, az ördögök muzsikálnak körülötte, örülnek a tettének, mert megkaphatják a lelkét. Általános vélekedésnek tűnik, hogy az ilyen ember az ördögnek adja magát, azok viszik el a lelkét, mely a pokolra kerül. Többen is említettek olyan esetet, mely szerint az öngyilkossági kísérlet után az érintettek arról számoltak be, hogy ördögök fogták körül őket (szuronyos katona, csendőr, fekete ember alakjában), és valamivel (szurony, bajonett, izzó vas) szurkálták a szemüket, amiért hátrálniuk kellett, s így szorították a hurkot a nyakukra.³⁶ Ezekben a történetekben az ördög aktívan, cselekvően jelenik meg, s úgy befolyásolja az eseményeket, hogy az ember számára ne legyen visszaút. Éppen ezzel az állandó jelenléttel, az „ördög éberségével” magyarázható az a hit, hogy az öngyilkosságot nem lehet még viccből, vagy kíváncsiságból sem próbálgatni, mert az ördögök lesik az alkalmat, ott vannak, figyelnek, és elintézik a végzetes kimenetelt még az ilyen „ártatlan” esetekben is.³⁷ Egyediségében érdekes az a történet, melyben az öngyilkosságot megkísérlő személyt mintha megszállták volna az ördögök, elváltozott a külseje, a tekintete, a szent dolgokat szétdobálta, a segítségére siető pap szekere pedig nem tudott a közelbe menni, mivel a lovakat valamilyen különleges erő megállította.³⁸

Az itt megrajzolt kép a determinizmus érzését keltheti az olvasóban. Az ördög az aktív, a cselekvő, az ember pedig ki van szolgáltatva, játékszere a gonosznak. Ha egyszer elkezd az öngyilkosság gondolatával foglalkozni, elveszett, nincs visszaút. Ezt a szemléletet hangsúlyozza Frida Balázs és Kalas Györgyi is tanulmányában:

A gyimesi csángók (...) a szabad akarattal szemben egyfajta fatális kényszerpályát látnak az öngyilkosság elkövetésének folyamatában, amely determinisztikusan diktál-

³⁵ Hasonló adatok: Bosnyák Sándor: *A bukovinai magyarok hitvilága*. Folklor Arhívum 6, Budapest, MTA Néprajzi Kutatócsoport, 1977, 138–139; Balázs: *Menj ki lelkem a testből*, 240.

³⁶ Párhuzamos adatok: Balázs: *Menj ki lelkem a testből*, 240; Bodnár: *Sarkadkeresztúr*, 41; Frida – Kalas: *„Mejek, pusztítom el magamot...”*, 21; Magyar Zoltán: *Torna megyei népmondák*, Budapest, Osiris, 2001, 436–437.

³⁷ Bosnyák: *A bukovinai magyarok hitvilága*, 117; Bihari A.: *Magyar hiedelemmonda katalógus. Előmunkálatok a magyarság néprajzához* 3. Budapest, MTA Néprajzi Kutató Csoport, 1980, 39; Balázs: *Menj ki lelkem a testből*, 241–242.

³⁸ A szakirodalomból ismertek hasonló elemek, de nem kifejezetten az öngyilkosságra vonatkozóan. Az ördög általi megszállásra lásd Keszeg Vilmos: *Mezőségi hiedelmek*, Marosvásárhely, Mentor, 1999, 93; míg arra, hogy a szekér nem tud haladni Albert Ernő: *Boszorkányos dógok. Gyimesi csángó hiedelemmondák, hiedelmek*, Sepsiszentgyörgy, Bon Ami, 1995, 23–25. Ez utóbbi gyimesi esetben egy tisztázatlan körülmények között eltűnt asszony maradványait vitték volna a temetőbe (azt tartották róla, hogy az ördög ragadta el).

ja – az egyén valódi akarata ellenében – a tett elkövetését. A csángók között számos történet kering, melyben az öngyilkos kapálózik, menekülni próbál a kötél elől, egyre csak szabadulni akar az ördög kísértéséből, és akkor »véletlenül« fonódik a nyaka köré a hurok, és amint még jobban és jobban hátrál és tovább kapálózik, egyre szorosabbá válik a béklyó, és már öntudatát veszítve szorul halállossá az ördögi kör a nyaka körül.³⁹

Ez az álláspont annyiban kiegészítésre szorul, hogy az áldozat előzetes szándéka (elgondolja, ráadja magát) mindenképpen szükséges ahhoz, hogy az ördög hatalma életbe léphessen, mindenesetre ezáltal az előre elrendelt sors és a szabad akarat problémájához jutunk el, amelyről még a későbbiekben bővebben lesz szó, hiszen nem lényegtelen eleme az általunk elemzett kérdésnek. Mindezek mellett megjegyzendő, hogy a hit, az imádság és az istenhez való odafordulás által, ahogy azt látni fogjuk, van mód kiszabadulni az ördög bűvköréből.

Az ördög szerepe mellet az öngyilkossághoz kapcsolódó másik, széles körben elterjedt hiedelemkört az öngyilkos lelkére vonatkozó elképzelések alkotják. A gyimesi csángók elképzelései az öngyilkos lelkéről szervesen illeszkednek a túlvilági életéről megfogalmazott képükbe. Mivel ez utóbbiról még bővebben szó lesz, itt csak néhány mondatban utalunk rá. Hitük szerint s egyben a katolikus egyház tanításának megfelelően az ember halála után elszámol életével, és jó, illetve rossz cselekedeteinek megfelelően jutalomban vagy büntetésben részesül. Ez utóbbi a bűnök súlyának megfelelően lehet hosszabb vagy rövidebb időre szóló is, legvégső esetben örökkévaló.

Ebből a szemszögből vizsgálva, aki önkezével vet véget saját életének, vét az élet szentségét védő isteni parancs, „Ne ölj” ellen, s ezt olyan formában teszi, hogy még csak lehetőséget sem hagy magának az esetleges megbánásra, hiszen tragikus tette egyben földi életének a végét is jelenti. Továbbmenve, végzetes tétével egyben Isten helyébe is lép, megkérdőjelezve annak fennhatóságát, hiszen az általános felfogással szembehelyezkedve, mely szerint az élet isten ajándéka s azt csak Ő maga veheti el, az öngyilkos Isten akarata ellenére önhatalmúlag befejezi azt. Ilyen súlyos bűn túlvilági büntetése nem lehet más, csak az örök kárhozat. Az öngyilkos lelke a pokolra kerül, azon az ördögök uralkodnak. Ő maga soha nem láthatja meg az Isten színét, nem számíthat annak máskülönben végtelen irgalmára és megbocsátó szeretetére.

Könnyen felismerhető mindebben az egyház évszázadokra visszanyúló tanítása, mely hangsúlyozza, hogy az öngyilkosoknak a pokol jut osztályrészül a túlvilágon, s a bibliai Júdásra oly gyakran alkalmazott kifejezéssel élve ők a kárhozat fiai. A katolicizmus napjainkban természetesen már nem képviseli ezt a

³⁹ Frida – Kalas: „*Mejek, pusztitom el magamot...*”, 17.

felfogást. Tanítása szerint nem az ember, hanem csakis a Mindenható Isten joga az ítélkezés, mi magunk nem láthatunk bele az Isten titkaiba, így természetesen nem tudhatjuk az öngyilkos lelkének túlvilági sorsát sem. Ez a dogmatikai változás azonban a plébánosok prédikációi ellenére csak lassan megy át a köztudatba, s a csángók körében csak fokozatosan változtatja meg az öngyilkosok túlvilági büntetésébe vetett hitnek az erősségét.

Az öngyilkos lelkének túlvilági sorsáról más hiedelem is él Gyimesben, mely lényegesen távolabb áll az egyházi tanoktól, viszont egybecseng a más vidékekről ismert néprajzi leírásokkal. Mint láthattuk, a szakirodalomban számos adat mutatja, hogy az öngyilkosok lelke a halál után nem tud nyugodni, kísértet lesz, mely visszajár és háborgatja a közösség nyugalma. Ez a hiedelem Gyimesben is fellelhető. Úgy tartják, az öngyilkos lelkéből kísértet, úgynevezett kirekesztett lélek lesz.

A hiedelemszövegek alapján kirekesztett lélek lesz az, aki olyan súlyos bűnnel hal meg, hogy még a pokolba sem fogadják be, onnan is kirekesztődik s így örökkévaló, vagy bizonyos módon megszabott ideig tartó bolyongásra van kárhoztatva a földi és a túlvilági lét határán. Amint látható tehát, nem csak egy, a kifejezetten öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelemről van szó, más súlyos bűnnel eltávozottak is számolhatnak ezzel a sorssal, ilyen szempontból az önelveszejtők egy nagyobb csoport általános vonásait öltik magukra. Elkülöníthetők azonban a visszajáró halott alakjától, amely egyrészt ahhoz a hiedelemhez kapcsolódik, hogy az elhunyt lelke bizonyos ideig (általában hat hétig) nem távozik el véglegesen az élők közül, másrészt ahhoz, hogy az valamiben hiányt szenved, esetleg elrejtett valamit, s ezért nem tud nyugodni, ezért látni a jeleket.⁴⁰

A kirekesztett lélek a következő funkciókkal bírhat a szövegek alapján: bolyong, nem tud nyugodni, járkal, visszajön és ijesztget, megkísérti az embert, igyekszik kétségbe ejteni, vagy rávenni, hogy végezzen magával, kárt okoz (elpusztulnak az állatok, a tyúk, a marha), zajt kelt, zergét. Az emberek viszonyulásának az alapvonása pedig a félelem. Félnek, irtóznak az öngyilkostól, és félnek azon a helyen is, ahol a tragikus eset történt.

A lélek bolyongásának idejére vonatkozóan a gyűjtött anyagban megoszlanak a vélemények. Megjelenik egyrészt az a motívum, hogy addig bolyong a lélek, amíg másik öngyilkos fel nem váltja, akkor az ő lelke megszabadulhat a szenvedéstől. Pócs Éva ezt nem helyi, hanem általános adatként közli,⁴¹ magam is ezt tekintem a legteljesebb változatnak. Ez azonban csak néhány adatközlőnél található meg. Másrészt Gyimesbükkről olyan adatunk is van, hogy konkrét ideig, hat hétig

⁴⁰ Legbővebben a kérdés gyimesi vonatkozásairól l.: Magyar: *A csángók mondvilága*, 60–394.

⁴¹ Pócs Éva: Néphit, in Hoppál Mihály (szerk.): *Magyar néprajz VII*, Budapest, Akadémiai, 1990, 458.

jár vissza, ekkor van ugyanis mise a lelki nyugalmaért. Ezt a „hathetes misét” Gyimesbükkön többen is az elmaradt temetési szertartás pótlásaként értelmezik. Ez a visszajáró halott és a kirekesztett lélek alakjának összemosódására utal. Egyik adatközlő pedig úgy nyilatkozott, hogy addig jár vissza az öngyilkos lelke, amíg el nem feledkeznek róla. Itt már nincs szó a kísértés funkciójáról, sem örök bolyongásról vagy meghatározott időről, az emberek világába kerül át a magyarázat, és profán színezetet kap. A visszajárás elhárítására, az elhunyt nyugalmanak biztosítására és az élők megnyugtatására léteznek természetesen az egyház által kínált, és a közösség által elfogadott, „bevett” eszközök: a hely megszentelése, az ima, a miseszolgálat, amelyről a későbbiekben még bővebben szólunk.

Az eddig elmondottak egy sajátos ellentmondásra irányítják a figyelmet az öngyilkos lelkével kapcsolatban. Arra a kérdésre, hogy mi történik annak a lelkével, aki elpusztítja magát, egybehangzó a válasz: az ördögök elviszik a lelkét, a pokolba kerül, nem látja meg soha az Isten színét. Van, aki külön hangsúlyozza, hogy ez egy megbocsáthatatlan vétek, az Isten az ilyet soha nem veszi magához. Ezekben a megnyilvánulásokban erős egyházi hatás érezhető, ellentétben az azt követően elemzett hittel, mely szerint az ilyen lélek kirekesztett, visszajár, bolyong, nem tud nyugodni, kísérti az embereket. A miseszolgálat gyakorlata is ellentmondást jelent, hiszen a katolikus tanítás szerint az elkárhozott, pokolra jutott lelkeknek már nincs hasznára az ima, az csak a purgatóriumban lévőkön segíthet. Ezekben az esetekben egy, az egyház által nyújtott szolgáltatást alkalmazzuk az egyház által nem elfogadott célra. Az adatközlők számára mindezek nem jelentenek valójában ellentmondást. Az ő világképükben – és ez a néphit sajátosságának tekinthető – a különböző eredetű és funkciójú hiedelmek együtt, illetve egymást kiegészítve alkotnak egy nem feltétlenül logikus rendszert. A néphit szinkretizmusának példái ezek, amelyben a keresztény elemek keverednek más jellegű és eredetű hiedelmekkel.

Áttérve a hiedelmek harmadik, általánosan ismertnek tekinthető csoportjára, az időjáráshoz kapcsolódókra, megállapíthatjuk, hogy Gyimesben is a legszélesebb körben elterjedt hiedelem az, hogy ha valaki öngyilkosságot követ el, felakasztja magát, azt az időjárás megváltozása is jelzi, nagy szél, csúf, rossz, viharos idő, esetleg jégeső formájában. A magyarázatát ennek a furcsa időváltozásnak rendszerint kétféleképpen adják meg. Az első szerint az akasztott lelkét akkor viszik az ördögök a pokolba, s azért van ez a szeles idő. Hasonló adatokkal már a hiedelmek általános bemutatásánál is találkozhattunk. A másik magyarázat szerint az Isten mutatja ki ilyenkor a haragját, s ezzel a csúf idővel jelzi, hogy az öngyilkosság rossz, bűnös cselekedet. Ebben a formában tehát az időjárás az Isten ítélete az elhunyt felett. A recens anyagban az is előfordul, hogy nemcsak

akkor van ilyen csúf idő, mikor felakasztotta magát valaki, hanem a temetésén is. Ez esetben azonban már nem speciálisan az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelemmel állunk szemben, hiszen ebben nem nehéz meglátni a kapcsolatot az „egyéb bűnös halottak”, boszorkányok, tudományosok vagy éppen kommunisták temetésén tapasztalható csúf időjárással.

Általánosan ismertnek tekinthető Gyimesben az időjáráshoz kapcsolódóan korábban ismertetett másik hiedelem is, mely szerint, ha öngyilkosnak harangoznak, akkor a harang elveszíti erejét, nem használ a vihar ellen. A hiedelem meglétét és aktív voltát nagyban segíti az a tény, hogy mindhárom gyimesi közösségben él még a gyakorlata annak, hogy az öngyilkosokat a megszokott egyházi szertartás nélkül külön helyre, harangszó nélkül temetik, és a vihar elleni harangozás gyakorlata is élő.

Az öngyilkossághoz közvetlenül kapcsolódó hiedelmek körében végezetül szólunk kell az akasztott ember köteléhez kapcsolódóról, mely szerint az szerencsét hoz birtokosának: ennek Gyimesben egy kimondottan az állattartáshoz és a vásároláshoz kapcsolódó formája ismert. Könnyen érthetővé teszi ezt a tényt, hogy a csángók döntő többségének az elsődleges megélhetési forrást még napjainkban is az állattartás jelenti. A hiedelem helyi változata szerint akinek egy kicsi darabka a birtokában van egy akasztott ember köteléből, az bármilyen állatot hajt a vásárra, jó szerencsével jár, olyan sokan jönnek hozzá, mint amennyien az akasztott embernek a csodájára jártak. Ennek a hiedelemnek a háttereként, Virt Istvánnal egyetértésben, az ördöggel kötött szövetséget látjuk, mely a kötél megszerzése által jött létre, ez segíti tulajdonosát a szerencséhez s ezáltal a gyarapodáshoz.⁴²

Az általam gyűjtött gyimesi anyagban három nagyon érdekes és párhuzam nélküli hiedelem is szerepel. Az első az akasztott ember kötelének egyik variánsaként értelmezhető, eszerint arról a fáról, amelyre valaki felakasztotta magát, egy vesszőt törnek, s ha azzal hajtják az állatot a vásárba, a szerencse nem marad el, a vásár sikeres lesz. A második szerint, ha valakiről azt mondják, hogy felakasztotta magát, de a hír nem bizonyul igaznak, a végén úgysí azáltal kell meghalnia. Itt a kimondott szó erejébe vetett hit megjelenését látjuk. A harmadikban az a vélemény fogalmazódik meg, hogy az öngyilkos abban az órában született, mint Júdás, Jézus árulója és ez az oka tragikus halálának. A sorsszerűség jelenik

⁴² Virt a következőképpen fogalmaz: „A gonosszal kötött szövetséget érintkezési mágia útján használják ki azok, akik az életüket önkéntes elvető ember ruhájából, önkasztás esetén a köteléből szereznek egy darabot, ami a későbbiekben szerencsét hoz a felhasználónak.” Virt István: Halállal kapcsolatos szokások és hiedelmek hagyományozódásának jellemzői hárompatak falvaiban, in Tomisa Ilona (szerk.): *Hárompatak. Egy ismeretlen néprajzi kistáj Erdély és Moldva határán*, Budapest, MTA Néprajzi Kutatóintézete, 2003, 272.

meg ebben a képzetben: már a születésekor el van rendelve a tragikus halála az ilyen embernek. Ugyancsak Gyimesből való, egyedülálló, és a mondanivalójában nagyon hasonló a Frida Balázs és Kalas Györgyi által közölt hiedelem, mely szerint az embernek már születése előtt el van rendelve, hogy önmaga végez az életével: „az újszülött léleknek álmában megjelenik a szentlélek galamb képében, és ha virágra száll, akkor békés halála lesz az illetőnek, ha pedig fára száll, akkor akasztott lesz abból az emberből.”⁴³

A további gyűjtések a fenti hiedelmek párhuzamait szolgáltatják, az első az akasztott ember kötelének, illetve általában a vele kapcsolatban lévő tárgyaknak a szerencsehozó hatására nyújt újabb példát, míg az utóbbi három hiedelem az előre elrendelt sors, a determinizmus kérdéséhez jelenthetne adatokat, mellyel a következő fejezetben foglalkozunk.

Az attitűd mentális elemei – a gyimesi csángók halálképe

Az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek szerves részét képezik a gyimesi csángók halálképének, és szoros összefüggésben vannak annak a sors–halál–túlvilág kérdésére vonatkozó elemeivel.

A gyimesi csángók hagyományos világképének egyik fontos jellemzője a világ egyfajta fatalisztikus, determinizmusba hajló szemléletmódja. „Ez így kellett legyen.” „Ez így volt megírva.” „A bajt elkerülni nem lehet.” „Ami valakire ki van mérve, azt el kell viselje.” Az ilyen és ehhez hasonló kifejezések, szófordulatok mindennaposak Gyimesben. Gyakran mint hosszasan előadott, általában valamilyen szerencsétlen eseményt elbeszélő történet záró mondatai szerepelnek, de elhangozhatnak a hallgatóság részéről is, mintegy vigasztalás, megnyugtatóskép az elbeszélő felé.

Lássuk, mit is takar ez a korábbi évszázadok egyházi tanításai által oly erősen befolyásolt hit: az ember élete fogantatása pillanatától meg van írva, egészen a halála órájáig. Egyetlen hajszála sem hullhat el úgy senkinek, hogy az Isten akarat (tudta) nélkül történne. Életünk minden pillanata benne van Isten „nagy könyvében”. A sorsát senki elkerülni nem tudja, hiába próbál elmenekülni előle, az úgyis utoléri.⁴⁴ Bár a sorsnak egyedül Isten a tudója, számos jel és jósló

⁴³ Frida – Kalas: „*Mejek, pusztítom el magamot...*”, 20.

⁴⁴ Az előre megírt sorsba vetett hitnek a magyar nép folklór hagyományaiban nagyon szép mondai és mesei példái vannak (gazdag európai változatokkal). Legismertebb ezek közül az, amikor a gyermeknek születésekor megjövendölik, hogy kútban leli halálát. Bővebben erről lásd Nagy Ilona: Végzet, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 5. köt., Sz–Zs, Budapest, Akadémiai, 1982, 518–519; Gyimesi változatait lásd Magyar: *A Csángók*, 709–712.

eljárás ismeretes, amelyek segítségével az ember megtudhat valamit a rá váró jövőről. Mondják például, hogy aki páros napokon (kedd, csütörtök, szombat) vagy vasárnap születik, az szerencsés lesz életében, aki viszont páratlanon az szerencsétlen. Az álmok is utalhatnak a ránk váró sorsra.⁴⁵ Utólag is gyakran hangzik el az értékelés valakinek az élete kapcsán: „No, ez is szerencsétlen (esetleg szerencsés) órában született”, mintegy megmagyarázva az események alakulását. Az előre elrendelt sorsba vetett hit megnyilatkozása mellett ilyen formában mintegy utólagos igazolásként, magyarázatként is értelmezhető az előző fejezet utolsó két hiedelme. Az akasztott szerencsétlen órában született, akkor, amikor Júdás. Az újszülöttnak álmában a szentlélek nem a virágra szállt... Ha ez nem így történik, a sorsuk is másmilyen lett volna. És persze a haláluk is. Hiszen, mint az eddigiekből is kiderül, az előre megírt sors nemcsak az élet menetére, hanem a halálra mint az élet lezárására is kiterjed. Mindenkinek meg van írva az óra, amikor, és a mód, ahogyan meg kell halnia, azt elkerülni semmiképpen nem tudja. Másfelől viszont ameddig „élő napja” van az embernek, bármit tehet, akár fel is akaszthatja magát, úgyis élni fog. Ebben az értelemben az is a megírt sors része, ha valaki önkezével vet véget az életének. Ez látszólag távol áll az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek sugallta képtől, azonban kérdésünk szempontjából komoly pszichológiai jelentősége van, amiről a későbbiekben még szó lesz.

A gyimesi csángók halálképében a halál sorsszerűsége jól illeszkedik a halál természetes szemléletének, elfogadásának gondolatához. A magyar parasztság halálképéről írva Kunt Ernő többször is hangsúlyozta, hogy „a mulandóság tudata mélyen áthatja a paraszti kultúrát, a paraszti közösségek tagjaiban mindig ébren van az emberi élet végességének tudata.”⁴⁶ Gyimesben is él ez – a halált az élet természetes velejárójának tekintő – szemléletmód: „Aki megszületik, annak meg is kell halnia”, szokták mondani. Tankó Gyula is arra hívja fel a figyelmet a gyimesi szokásvilágról írott könyvében, hogy a mulandóság tudata milyen mélyen él a helyiek tudatában, s hogy ez kifejeződik mindennapi terveikhez kapcsolódóan is: „Egy idő után mindenki gondol a halálra. Kevés itt az olyan ember, aki ha valami tervéről beszél, ne tenné rögtön hozzá: »Ha az Isten megsegít«, »Ha élek, mert ahogy mondják, ember tervez, Isten végez.«”⁴⁷

Ezzel is magyarázható, hogy a csángók általában nem félnek a haláltól. „Attól nincs mit félni, az eljő így is, úgy is”, mondják. A félelem, amennyiben megfogalmazódik, nem elsősorban a halál tényének, mint a halál kínjának, vagyis a vele járó szenvedésnek szól, illetve annak a minden emberben eredendően meglévő

⁴⁵ Bővebben lásd Antal Mária: *A gyimesi csángó magyarok hiedelmei*, Budapest, General Press, 2004.

⁴⁶ Kiemelés tőlem: Kunt: *Az utolsó átváltozás*, 27.

⁴⁷ Tankó: *Gyimesi szokásvilág*, 96.

bizonytalanságnak, amely az elmúlás tényével együtt jár, hiszen senki sem tudhatja biztosan, mi vár rá, mert „onnan még senki sem jött vissza”. A csángók szerint azonban ez a bizonytalanság a vallásos ember számára feloldható az Istenbe vetett bizalomban: „aki Istenben bíz, annak nem kell félnie a haláltól”, és ehhez természetes módon kapcsolódik a túlvilági életbe vetett hit.

Természetesen van különbség halál és halál között is. Szép halálnak számít elsődleges értelemben az, ha valaki hosszabb szenvedés nélkül, hirtelen hal meg. Ha lehet illet mondani, úgy talán még szebbnek tekinthető a halál, ha rövid betegeskedés után következik be, hogy a hozzátartozóknak is legyen lehetőségük készülni a végső búcsúra. Emellett még a halálra való megfelelő felkészülés is a szép halál fontos velejárójának tekinthető. Az embernek legyen lehetősége lezárni függőben lévő dolgait, és élni a szentségekkel, gyónással, áldozással, hogy Istennel és emberrel egyaránt megbékülve mehessen a mindenható elé. Mindez természetesen csak a meglett korú, idősebb emberekkel kapcsolatban állítható. Ha fiatal hal meg ilyen körülmények között, azt nem szépnek, sokkal inkább tragikusnak tekintik, hiszen az még élhetett volna.

A néprajzi szakirodalomban a szép halál ellentétpárjaként szereplő csúf halál kifejezést a gyimesiek nem használják. Ha valaki csak hosszas ágyban fekvést követően vagy csak nagy kínok árán tud meghalni, általában azt mondják: „hogy megszenvedett”, „megváltás volt neki a halál”, „de nehéz halála volt”, „a Jóisten megszabadította”. Egyedül talán az önakasztásokkal kapcsolatban hangzik el, hogy „jaj, ennek milyen csúf halála volt”. Ez a megnyilatkozás a benne rejlő ítélet mellett konkrét, a holttest megjelenésével kapcsolatos véleményalkotást is tartalmaz, hiszen az akasztottak kapcsán többen is megfogalmazták, hogy milyen irtózatot látvány, milyen csúf, ahogy megváltozik az arca, esetleg kinn van a nyelve is. A szép halál ideáljához márpedig szép holttest is tartozik. Ugyanezen az alapon tekintik szörnyű halálnak a baleseteket is, különösen az olyanokat, amelyek során a test összeroncsolódik, mintegy elvesztve ezáltal a fizikai szépségét.

Különbséget találhatunk az egyes halálnemek megítélésében is. Természetesnek az idős korban, hosszas szenvedés nélkül, otthon, családi környezetben bekövetkező, ún. szép halált tekintik. Bár a hozzátartozóknak természetesen ez is fájdalom, a közvetlenül nem érintettek csendes közönnyel, belenyugvással fogadják a hírt, hogy a közösség egyik tagja végleg eltávozott, sőt azt is megjegyzik: „nagy idős volt, élt már eleget”. Ellenben ha egy fiatal hal meg, nemcsak a hátramaradottak, hanem a tágabb közösség tagjai is megdöbbenéssel fogadják a hírt. „Jaj de kár, milyen fiatal volt, még élhetett volna”, kommentálják. Néha-nhan felháborodottan jegyzik meg a halálra vonatkoztatva: „Nem volt elég öreg, hogy vigyen el abból?”. A döbbenet még nagyobb, akár fiatalabb, akár idősebb

emberről van szó, ha a halál valamilyen szerencsétlenség, baleset, esetleg gyilkosság következménye. Az ilyen tragikus haláleset az egész közösséget megbolygatja, s a régebbi időkben számos népballada születését eredményezte.⁴⁸ Az öngyilkosság is nagy megdöbbenést vált ki, megítélése azonban nem egységes, mint ahogy arról még később szó lesz.

Természetesen a különböző generációknál más-más módon szembesülnek az élet mulandóságának kérdésével. A fiatalok egyszerűen nem foglalkoznak vele túl sokat, energiáikat az előttük álló élet feladatai kötik le. Náluk az értékes, tervekkel teli élet elvesztése miatti aggodás szülhet félelmet a haláltól. Tipikus hozzáállás az „én nem félek a haláltól (nem gondolok rá), de nem akarok meghalni, mert szeretem az életet”. A középkorúaknak már más a szemlélete. Az élet előrehaladtával minden ember életében elérkezik a pillanat, amikor szembesülnie kell saját mulandóságával. Ez általában valamilyen krízishelyzet, vagy megélt veszteség kapcsán jelentkezik. Ebből a korosztályból már többen is megfogalmazták (legalább időlegesen jelentkező) halálfélelmüket. Ilyen helyzetben segíthet a gyimesi világkép elmúlással kapcsolatos természetes szemlélete, illetve a túlvilághoz kapcsolódó hiedelmek. Az idősebb kor felé haladva a csángók egyre többen foglalkoznak a halál gondolatával, mintegy megbarátkozva vele. Saját haláluk egyre közeledő ténye arra készteti őket, hogy amennyire lehet, felkészüljenek rá. Egyre természetesebb módon beszélnek róla, tudják, milyen ruhában lesznek eltemetve, néhányan még a koporsót is megcsináltatják. Gyakran megjegyzik, számukra már megváltás lesz a halál, hiszen az élet már csak teher.

A halál mint az élet lezárása egyben lehetőség a közösség számára, hogy eltávozott tagjának már egészben látható életét értékelhesse. Ebben a racionális vonások mellett a hiedelemvilág olyan elemei is szerepet játszanak, melyeket az isteni ítélet megnyilvánulásainak tekintenek. Úgy tartják, kinek milyen az élete, olyan a halála. Jelenti ez egyrészt azt, hogy akinek nehéz, rossz, hányatott élete van, az szerencsétlenül is fog meghalni (bizonyára szerencsétlen órában is született!). Akinek viszont szép, rendezett élete van, „jó ember”, a közösség hasznos tagja, annak a halála is szép lesz. Még egyszerűbben megfogalmazva a nehéz halál a bűnös ember büntetése, míg a könnyű, szép halál a jó emberek jutalma az Istentől. Ehhez kapcsolódó az a hiedelem is, hogy a boszorkányokra, tudományosokra is nehéz halál vár, ameddig nem adják át a tudományukat, addig nem tudnak távozni az élők sorából. A halál könnyűsége mellett a temetés napjának időjárása is lehet mutatója az Isten ítéletének. A jó embereknek szép,

⁴⁸ Tankó Gyula többen is publikált, köztük olyat is, amelyik egy, az 1960-as években történt balesetet dolgoz fel. Tankó: *Gyimesi szokásvilág*, 97–98.

míg a bűnösöknek csúf, viharos idő van a temetésén. Az ilyenkor tapasztalható esetleges ellentmondásokat leginkább azzal oldják fel, hogy Isten más szempontok alapján ítél, mint az emberek. Ha például egy öngyilkosnak vagy nagy bűnösnek a temetésén szép idő van, az azt jelenti, hogy az Isten valamiért mégis megbocsátott nekik. Meg kell azonban említeni, hogy a csángók hitvilágában a halál és annak körülményei nem pusztán az isteni ítélet jelei, hanem annak eszközei is lehetnek. Ilyen értelemben a halál szerepelhet úgy, mint az Isten jogos büntetése valamilyen, az életben korábban elkövetett bűnért, sőt, a miséztetés (a román papnak lényegében mágikus célzattal fizetett misék) élő gyakorlata alapján úgy is, mintegy bizonyos konkrét sérelem kézzelfogható megtorlása az „isteni igazságszolgáltatás” által.

A halál szemlélete elválaszthatatlan a túlvilágról alkotott elképzelésektől. A gyimesi csángók túlvilágképét alapjaiban a római katolikus egyház tanítása határozza meg. Hitük szerint az ember test és lélek egysége. Mikor eljön az óra, csak a test hal meg ténylegesen. Míg az a temetési szertartás keretében a földbe kerül és elporlad, addig a halhatatlan lélek a túlvilágon folytatja létezését. Ott ítélet vár rá, el kell számolnia földi életével és jó, illetve rossz cselekedetei, érdemei és bűnei szerint számíthat jutalomra vagy büntetésre. Azoknak a lelkeknek, melyek nagyon súlyos, megbocsájthatatlan bűnnel mentek a másvilágra (hagyományos felfogás szerint az öngyilkosság ilyennek számít) az osztályrésze az örök kárhozat, ezek a pokolra kerülnek, az ördögök közé. Akiknek a bűnei megbocsáthatóak, azok a tisztítóhelyen, a purgatóriumban megszenvednek érettük, majd bejuthatnak a mennyországba, ahol a bűn nélküli tiszta lelkek vannak. Itt az angyalok és a többi szentek társaságában együtt lehetnek Istennel.

Az eddig elmondottak teljesen összhangban állnak az egyház álláspontjával, vannak azonban olyan elemei is a csángók túlvilágképének, melyekről ez már nem mondható el ilyen egyértelműen.

Az elbeszélések alapján a pokol a lehető legszörnyűbb hely, ahol az embernek nagy kínokat kell átélnie, ezek által szenved bűneiért vég nélkül, az elképzelések szerint leginkább tűzben, de azt is mondják, hogy az ördögök nagy üstben főzik-sütik az elkárhozottakat. A pokol talán legszörnyűbb vonása a véglegessége. Aki oda kerül, többé nem szabadulhat, szemben a purgatóriummal, ahol ugyancsak szenvednek a lelkek, de csak a bűneik elmúltáig.

Maga a purgatórium léte egyébként bizonytalan a gyimesiek túlvilágképében. Míg a katolikus egyház egyértelműen állást foglal mellette, addig a csángók közül sokan nem számolnak vele a túlvilág részeként. Gyakran csak pokolról és mennyről beszélnek, és a tisztítóhely leginkább összemosódik a pokol képével. Ilyenkor a lélek tehát a pokolban szenved, de ha letöltötte az idejét, megszabadulhat onnan és megláthatja Isten színét. Többen is a pokol tornácáról beszéltek

ennek kapcsán, mint a helyről, ahol a lélek szenved, s ahonnan még megszabadulhat, hiszen az nem a pokol, csak a bejárata. A purgatóriumban a szenvedés egyébiránt a pokolhoz hasonlóan tűz által történik, azonban néhány adatközlő arról is beszélt, hogy itt mindenféle bűnnek megvan a maga büntetése, s akár víz akár hideg vagy bármi más által szenvedhetnek a tisztuló lelkek.

A mennyország a legcsodálatosabb hely, ahol a lélek együtt lehet Istennel örök boldogságban. Sokan megjegyzik azonban, hogy „oda csak nagyon kevesen mehetnek be”.

A szenvedéseknek nem csak a túlvilág lehet a színtere, többen állítják, hogy már a földi élet során megkezdődik a vezeklés az elkövetett bűnökért, s a más-világra csak kevés kerül át közülük. A nehéz, szenvedésekkel teli halál is egyik formája lehet ennek a vezeklésnek, mintegy alátámasztva a hiedelmet, mely szerint a bűnös ember nehezebben tud meghalni.

A túlvilág legfontosabb alakjai a Jóisten, Szűz Mária (Babba Mária), a különböző szentek és angyalok az ördöggel. Érdekes módon Krisztus szerepe nem olyan hangsúlyos. A szentek közül kiemelkedik Szent Péter, akinél a mennyország kulcsai vannak, ő engedi a tiszta lelkeket az Istenhez, de ő irányítja a kárhozottakat is a pokolba. Az angyalok közül Szent Mihálynak van nagyobb jelentősége. Ő gyakran mint a halál megtestesítője jelenik meg, aki az utolsó órában eljön az ember lelkéért, s Istenhez kíséri, miközben védi a leselkedő ördögtől. A csángók hite szerint minden embernek van őrzőangyala is, aki élete során mellette van a bajban. A halál órájában is ott áll a haldokló mellett, együtt az ördöggel, s mindketten igyekeznek szert tenni a távozó lélekre. Ez utóbbi esetben az őrangyal és Szent Mihály alakja összekapcsolódhat.

Általában az emberi élet során a jó és a rossz erői között vég nélküli küzdelem folyik az ember lelkéért. Az ördög folyamatosan igyekszik azt megkaparintani, az angyal pedig védelmezi. A hiedelemtörténetek tanúsága szerint az ember már élete során elveszítheti a lelkét, akinek például ördöge van, az valójában az ördöggel kötött szövetség révén gyarapodik, aminek az ára a saját lelke.

A lélek túlvilági sorsáról élnek a katolikus tanoktól jóval távolabb álló hiedelmek is, mint arról már szót ejtettünk az öngyilkossághoz közelebbről kapcsolódó hiedelmeknél. Az ott bemutatott elképzelések a visszajáró halottakról, kísértetekről, kirekesztett lelkekről szintén szerves részét képezik a gyimesi csángók túlvilágképének.

A hiedelmek élete

Az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek számbavétele után nem érdektelen megvizsgálni azt sem, hogy ez a gazdag hiedelemanyag milyen mértékben tekinthető élőnek, és mennyiben határozza meg a közösség és ezen belül is a különböző korosztályok életet.

A fentebb elemzett hiedelmeket sorra véve először az ördöghöz kapcsolódókkal foglalkozunk újra. Bátran kijelenthetjük, hogy ez az egyik leginkább eleven része a gyimesi hiedelemvilágnak. A csángók erős, még a fiatalok körében is élő vallásossága közismertnek számít. A már huszadik éve a községben szolgáló Szilveszter Imre, gyimesközéploki plébános véleménye szerint azt az 1989 óta az országban lezajlott események sem befolyásolták jelentősen, és még napjainkban is 90% fölöttire tehető a templomba járók aránya, emellett aktív az imaélet, és a hívek rendszeresen élnek a szentségekkel is. Ez mintegy evidenciaként jelenti az Istenbe vetett hit általános voltát, ami ennek ellentétusaként az ördög létebe vetett hitet is maga után vonja. Természetesen minden korosztályban találhatók kételkedők, akik megkérdőjelezik a vallás fontosságát s ezzel együtt Isten és az ördög valóságos voltát is, általánosnak azonban ennek az ellenkezője tekinthető. Gyakorlatilag valamennyi adatközlő azt vallja, hogy az ördög létező és egyben aktívan cselekvő részese a világnak. Még olyanok is állást foglaltak az ördög léte és az ember életében játszott szerepe mellett, akik máskülönben magukat nem vallásos emberként jellemezték. Jól mutatja ezt az általános elfogadottságot az is, hogy a kérdőíven megkérdezett 100 személyből több mint 80 gondolta úgy, hogy az ördögnek szerepe van az öngyilkosságokban.

Az ördög létezésébe és az öngyilkosságokban játszott aktív szerepébe vetett hit tehát a gyimesi csángók hiedelemrendszerének szerves részeként értelmezhető. Különbség figyelhető meg viszont abban, hogy ez a hagyományos hiedelemanyag milyen mértékben van jelen az egyes adatközlőknél. Általánosságban elmondható, hogy ez egyenesen arányos az életkor előrehaladtával. Míg a fiataloknál a válaszok gyakran csak egy-egy szóból, rövid mondatból vagy sommásan megfogalmazott történetből álltak, addig a középkorúaknál és az idősebbeknél már kiérlelt – nagy valószínűséggel többször is ugyanolyan formában elhangzott – történetekkel találkozhattunk. Bár az ördög öngyilkosságokban játszott aktív, ösztönző szerepe szinte mindenki által ismert, ehhez kapcsolódó epikus, mondaszerű történeteket az akasztottakat körülvevő muzsikáló, mulatozó, vagy éppen az áldozat szeme felé izzó vasakkal döfködő ördögökről inkább csak a középkorú és az idősebb generációk tagjaitól hallottunk. De példaként hozható fel az ördögtől való megszabadulás kérdése is. Azt, hogy ez az Istenhez való

odafordulás és az ima által lehetséges, gyakorlatilag mindenki tudja, viszont ennek kerek, epikus történetekben való megfogalmazását szintén csak az idősebb korosztályoktól hallhattuk.

Míg az ördögbe mint a gonosz megtestesítőjébe vetett hit elevennek tekinthető, addig ez nem feltétlenül mondható el az ördög címszó alatt emlegetett egyéb hiedelemlényekről, mindenekelőtt a „gazdáját segítő ördög” alakjáról. Ismert a mondás, hogy „ennek az embernek ördöge van”, azonban különösen a fiatalok ehhez nem a bemutatott hiedelmet, sokkal inkább csak azt társítják, hogy az illető szerencsés. A középkorú és idős generációk már általában ismerik a mondás hiedelemhátterét is, bár azt inkább csak mesének tekintik. Azt, hogy itt már nem az élő néphit megnyilvánulásával állunk szemben, jól mutatja a hiedelemtörténetek töredékes volta is. Jellemző példája ennek az „ördög malma”, az a hely, ahol folyamatosan hullnak a kövek, mert állítólag az ördög örli a sziklát. Ennek az ismertsége meglehetősen nagy az adatközlők körében – még a fiatalok közül is többen hallottak róla – azonban azt, hogy az ördög hogy került oda, hogy ez esetleg kapcsolható a „gazdáját segítő ördög” alakjához, csak kevesen tudják. Ezzel szemben az ördögnek béka formájában való megjelenése meglehetősen ismert még a fiatalok körében is, nem beszélve az idősebbekről, akik közül, ha nem is feltétlenül mindenki hisz benne, sokan úgy tartják, abban mégis lehet valami. Magyarázható ez az állattartás és a tejhaszon ma is elsőrendű fontosságával a gyimesiek életében.

Ha a lélekhez kapcsolódó hiedelmeket vizsgáljuk, már korántsem kapunk ilyen egységes képet. A korábbi egyházi tanítás, mely szerint az öngyilkos lelke a pokolra kerül, az ördögök viszik el, osztályrésze az örök kárhozat, közismertnek tekinthető az idősebb és középkorú generációknál, míg a fiatalok körében az ismertsége esetleges. A válaszok azonban nem annyira a meggyőződéses hitről tesznek tanúbizonyságot, sokkal inkább rögzült, szólásszerűen visszatérő formulaként hatnak: „Az a pokolra kerül, viszik az ördögök.” Ebben kétségtelenül szerepet játszhat az egyház megváltozott álláspontja, mellyel a gyimesközéplakiak időről időre szembesülhetnek is, hiszen az öngyilkos temetések a sírgödör mellett elhangzó prédikációnak ez gyakori témája. Nem szabad megítélni az áldozatot, nem tudhatjuk a halálának körülményeit, nem tudhatjuk, vajon beszámítható állapotban volt-e tette elkövetésekor, vagy esetleg nyílt-e lehetősége még életének utolsó pillanataiban megbánni bűnét és Istenhez fordulva esedezni az ő végtelen irgalmáért. Másfelől az ítélet egyedül Istené, csak ő tudhatja a lélek túlvilági sorsát. Ezek a gondolatok markánsan megjelentek több adatközlőnél is nem sokkal azután, hogy sommásan megállapították, az olyan lélek bizony a pokolra kerül. A fiataloknál az egyház megváltozott tanítása kissé talán meglepő módon nem annyira érezteti hatását, aminek oka egyrészt az lehet, hogy

életkoruknál fogva még esetleg nem is volt lehetőségük rá, hogy ilyen temetésen részt vegyenek, de legalábbis nem annyi alkalommal, mint a közösség idősebb tagjai, másfelől – és ez ugyancsak életkori sajátosságnak tekinthető – figyelmük sokkal inkább a még javarészt előttük álló élet, mintsem a halál vagy a túlvilág kérdéseire irányul.

Ha tovább haladva vizsgálat alá vesszük a kísértet, illetve kirekesztett lélek hiedelmeket, még inkább egyenetlen képet kapunk. A vélemények a biztos hit-től a kételkedésen keresztül a teljes elutasításig terjednek. Általában elmondható, hogy az adatok csak rövid szövegekben, egy-egy mondatban jelennek meg, kevés összefüggő történet található közöttük, és még kevesebb olyan, amelyik konkrét esethez vagy személyes élményhez kapcsolható. Leginkább csak általánosságban beszélnek a kérdésről a „hallottam”, „mondták” kezdőformula után, és gyakran a „de én ezt nem tudom”, „tudja a Jóisten, hogy így van-e” befejezéssel. Az viszont megállapítható, hogy valamennyi adatközlő életkortól függetlenül ismer „kísértettörténetet”. A fiatalabbaknál ezek leginkább a visszajáró halott hiedelmeihez kapcsolhatóak, s a kirekesztett lélekről sokan csak a mondást ismerik: „Jár, mint a kirekesztett lélek”, a hozzá kapcsolódó hiedelemháttér nélkül. Ennek az ismerete az idősebbek körében is töredékesnek tekinthető, amit jól mutat a fentebb már említett kerek történetek hiánya. Mindezek ellenére annak a nyílt kijelentésére, hogy ezeknek a történetek egyértelműen hamisak, hogy kísértetek, kirekesztett lelkek márpedig nincsenek, csak kevesen vállalkoznak.

Az időjáráshoz kapcsolódó hiedelmek közül a nagy szél, vihar összefüggését az önakasztásokkal gyakorlatilag mindenki ismeri, ez azonban az „akasztott lelke a pokolra kerül” sztereotip formulához hasonlóan nagyon gyakran csak szólás formájában él, és a tényleges hiedelemháttér nem jelenik meg mögötte. Itt is elsősorban a fiatalok kételkedő magatartására kell utalnunk. Másfelől viszont az idősebbek közül többen is megfogalmazták, hogy ez a csúf időjárás ténylegesen megtapasztalható, ha valaki felakasztotta magát, és egyben kapcsolták ezt a kérdést a temetésen tapasztalható időjárás mint az Isten ítéletének megnyilvánulásához. Míg az akasztásos öngyilkosság és a rossz idő összefüggéséről szóló hiedelem ismerete általánosnak tűnik, ez már korántsem mondható el annak a magyarázatáról. A fiatalabbak egyáltalán nem tudják megindokolni a kettő összefüggését, és a középkorúak és idősek körében is csak esetleges válaszokkal számolhatunk. Mindenesetre inkább „az ördög viszi a lelket a szélben” szólás tekinthető ismertebbnek, ez lehetett korábban általánosan elterjedt, míg az, hogy az „Isten ezzel a csúf idővel mutatja meg rosszallását” inkább a szép halál–csúf halál kérdéséhez és ezen keresztül a már előbb említett, a temetés alatt megtapasztalható időjáráshoz jelenthet csatlakozási pontot.

A másik időjáráshoz kapcsolódó hiedelem, mely szerint ha az öngyilkosnak meghúzzák a harangokat, az nem használ majd a vihar ellen, az idősebb és a középkorú generációknál általánosan ismertnek és élőknek tekinthető. Ehhez nagyban hozzájárul az is, hogy a vihar elleni harangozás gyakorlata máig jellemző Gyimesközéplokon. Ennek ellenére a fiatalabbak körében ez a hiedelem úgyszólván ismeretlen. Ők is tudják, hogy szokás harangozni a nagy idő ellen, de arra a kérdésre, hogy az öngyilkosoknak miért nem lehet harangozni vagy hogy a két kérdésnek lehet-e valamiféle kapcsolata egymáshoz, rendszerint nem tudnak válaszolni. Ennek leginkább az lehet az oka, hogy az öngyilkosság mint téma – mely maga sem feltétlenül része a mindennapoknak, leszámítva a tényleges eseteket – szempontjából ez egy viszonylag marginális kérdésnek tekinthető. A fiatalok, akiknek nagy része még nem, vagy alig járt ilyen temetésen, ha tudja is, hogy nem harangoznak az ilyen halottnak, annak hiedelemhátterével nem feltétlenül szembesül.

Az öngyilkos köteléhez kapcsolódó hiedelmek a fiatalok körében úgyszólván teljesen ismeretlenek és a középkorúaknál és idősebbeknél is csak szórványosan jelennek meg. Jellemző módon, aki ismeri is azokat, mereven elhatárolódik tőlük. Az egyik adatközlőről például többen állították, mesélte, hogy így jár a vásárra, és mindig milyen szerencséje van. Ő maga azonban a hiedelem kapcsán, miután elmondta, hogy ismeri, rögtön hangsúlyozta, hogy bizony soha nem foglalkozna ilyen praktikákkal, mert irtózik tőlük. A hiedelem élő voltát jelzi mindenesetre az a tény, hogy egy néhány éve a közelben történt öngyilkossági esetről a család mindenfelé kereste a kötelet, mert azt hitték, valaki elvitte. Végül megtalálták, de az aggodalom nagy volt.

Az öngyilkossághoz közvetlenül kapcsolódó hiedelmek után számba kell vennünk még az azoknak mintegy hátteréül szolgáló sors–halál–túlvilág kérdéséhez kapcsolódóakat is.

A világ fatalista szemlélete, az előre megírt sors kérdésében vegyes képet kapunk a kérdőívek és az interjúk elemzése után. A megkérdezettek maguk is egyfajta bizonytalanságot mutattak, mely gyakran egymásnak ellentmondó válaszokban mutatkozott meg. Több esetben is megtörtént, hogy a „Meg van-e írva az ember sorsa?” kérdésre adott nemleges válasz után röviddel olyan eseményeket beszélt el az adatközlő, melyek éppen előző válaszában az ellenkezőjeként, az előre megírt sorsba vetett hit egyértelmű megnyilatkozásaként volt értelmezhető. Erre fordított esetben is került példa. Általánosságban az mondható el, hogy főleg az idősebb generációk erősen vallásos tagjai hajlanak az élet illetően való, sorsszerűen előre megírt szemléletére, és a bizonytalanság ebben a kérdésben is elsősorban a fiatalok körében tapasztalható. Ebben az eltérésben az egyház fokozatosan módosult álláspontja, a kérdés dogmatikai letisztulása is szerepet

játszhat. Bár a megírt sorsba vetett hit konkrétan megfogalmazott, kimondott formában számos kétkedő visszhangot kelt, a szemlélet élő volta annak gyakorlati vonatkozásain keresztül jól megragadható. Van ugyanis egy nagyon fontos pszichológiai oldala is a kérdésnek, melynek a jelentősége leginkább a konkrét esetek kezelése kapcsán mutatkozik meg. A bajok, szerencsétlenségek, tragikus halálesetek és különösen az öngyilkosságok kapcsán egy tehermentesítő és vigasztaló funkciót tölt be ez a szemlélet. Amikor megtörténik a baj, kínálkozik a válasz: „ez így volt megírva”. A felelősség terhét egy bizonyos fokig ez leveszi az érintettek válláról s egyben vigasztalja is őket. Ami történt, az nem elsősorban az ő, vagy szeretett hozzátartozójuk hibája, sokkal inkább egy felettük álló erő számlájára írható. Ha ehhez hozzávesszük, hogy ez az erő a vallásos csángók számára a gondviselő Isten, akinek tervei bár nem átláthatóak, mindig az ember javát szolgálják, a vigasztalás funkciója egyértelművé válik. Hasonló funkciókat tölt be az ördög szinte végtelennek tűnő hatalma az öngyilkosságok kapcsán. Itt megmarad az ember szerepe annyiban, hogy legalábbis el kell játszania az önpusztítás gondolatával s valamilyen formában beleegyezését kell adnia, de amennyiben ez megtörtént, onnan már szinte nem is az ő felelőssége a tragédia. Az ördög gondoskodik mindenről. Még ha vissza is akarna térni az áldozat, arra többé a ritka kivételektől eltekintve nem nyílik lehetősége, az ördög befejezi azt, amit ő gyakran meggondolatlanul elkezdett. A hozzátartozók így ismét egy fölöttes, ez esetben sötét erő működését okolhatják, és a veszteség egyébként is hatalmas súlya mellett nem kell – legalábbis nem azonnal – szembenézniük a felelősség kérdésével. A világ fatalisztikus szemlélete tehát a gyakorlatban, a konkrét krízishelyzetek kapcsán jelentkező pozitív funkcióknak köszönhetően is elevenen hatónak tekinthető a csángók körében.

A halálkép hagyományos formájában eleven része a csángók világképének. Már utaltunk azokra a konzerváló tényezőkre, amelyek ezt lehetővé teszik, s egyben elősegítik a felnövekvő generációk számára a szocializáció folyamatában az elsajátítását. Arról is esett szó, hogy a különböző korosztályok milyen jellegzetes eltérésekkel viszonyulnak az elmúlás kérdéséhez, így a következőkben a halál mint az Isten ítéletének jele és eszköze hiedelmeikről szólnunk még röviden. Az a hiedelem, hogy amilyen az ember élete, olyan lesz a halála, általánosan ismert, még a fiatalok körében is, sokan megfogalmazták azonban kételyeiket is a kérdéssel kapcsolatos. Nem a jelenség létét, sokkal inkább általános érvényét kérdőjelezi meg a legtöbben. Mindenki tud hozni példákat, hogy valaki milyen jó ember volt, s mégis milyen nehezen halt meg, vagy éppen az ellenkezőjére. Ugyanez mondható el arról a hiedelemről is, hogy a temetés napjának az időjárása megmutatja az eltávozott bűnös vagy ártatlan voltát. Az az elképzelés azonban, hogy a halál Isten büntetése, inkább csak az idősebb generációk körében tapasztalható,

a középkorúaknál csak elszórva, míg a fiataloknál egyáltalán nem jelenik meg. Nem úgy a román papok által végzett miseszolgálatához fűződő néphit (ennek a miseszolgálatnak az eredménye egyébként ugyancsak lehet halálos kimenetelű is), ez ugyanis elevenen élő s egyben valamennyi korosztály által ismert hiedelem, még ha bizonyos fenntartásokkal kezelik is.⁴⁹

A túlvilágról alkotott elképzelések kapcsán megjegyzendő, hogy magában a túlvilági létben nagyon kevesen kételkednek, ami nem meglepő a katolikus egyház erős pozícióit és a csángók még ma is eleven vallásosságát ismerve. Néhányan persze megkérdőjelezik a lélek halhatatlanságát, de a lélek létét még ők sem. Ilyen esetekben a lelket a néprajzi szakirodalomból ismert „testlélekkel”⁵⁰ azonosítják, és úgy tartják, hogy a halál pillanatában az utolsó lehelettel együtt a lélek is elszáll s megsemmisül. Utaltunk már arra is, hogy a túlvilág hármas felosztásából leginkább a purgatórium marad el, ez egyaránt megfigyelhető valamennyi generációnál. Az ördög létébe vetett hit mellett az angyalok léte nem olyan kézenfekvő, bár nem kérdőjeleződik meg, ám az ördöggel mégiscsak „gyakrabban találkozhat az ember”. A visszajáró halottakról, kísértetekről, kirekesztett lelkekről szólva újra csak azt kell hangsúlyoznunk, hogy bár mindenki ismer róluk szóló történetet, gyakran fogalmazódik meg kétkedés velük kapcsolatban, elsősorban a fiatalok körében. Sőt, vannak, akik különböző tudományos érveléssel is szolgálnak a korábban kísértetnek vélt jelenségek magyarázatára.

Összegzésképpen elmondható, hogy Gyimesközéplek lakosságának hagyományos hiedelemvilága nagyon sok elemében napjainkban is élőnek tekinthető. Vannak olyan részei, melyek a fiatalabb korosztályok körében is ismertek és elfogadottak, azonban inkább az a jellemző, hogy a hagyományos hiedelmeket az idősök ismerik és nagyjából el is hiszik, a középkorúak ismerik, de gyakran fenntartásokkal kezelik, míg a fiataloknál mind az ismertség, mind a hit esetlegesnek tekinthető.

Az attitűd mentális elemei – nézetek

A gyimesi csángók az öngyilkosságot – korunk orvosi, esetleg társadalmi nézőpontjával szemben – alapvetően vallási alapon szemlélik. Az ember önpusztító tettet elsődlegesen ebből a megközelítésből tudják értelmezni. Aki eldobja az életét, mindenekelőtt Istennel szemben lép fel, s ezzel együtt vallása és egyháza

⁴⁹ A miseszolgálatokról bővebben: Tankó Gyula: *Életvitel a Gyimesekben*, Székelyudvarhely, Erdélyi Gondolat, 2001, 143–145.

⁵⁰ Diószegi Vilmos: *A pogány magyarok hitvilága*, Budapest, Akadémiai, 1983, 23–29; Szendrey Ákos: A magyar lélekhit, *Ethnographia*, LVII. évf., 1946/1–4, 34–46.

törvényei ellenében cselekszik. Nézeteik szerint ez nem valamilyen orvosi probléma vagy a társadalmi körülmények összjátéka, hanem a hit gyengesége. Aki bízik Istenben, az soha nem tenne ilyet, hiszen bármilyen nehézség érhet is bennünket az életben, a Mennyei Atya az mindig megsegít, ha hittel fordulunk hozzá. Úgy tartják az embernek nincsen joga hozzá, hogy maga döntsön az élete befejezéséről. Száz megkérdezettből mindössze tizenhatan állították ennek az ellenkezőjét, valamennyien a középkorú és fiatalabb korosztályokból.⁵¹ Még ennél is nagyobb arányban, gyakorlatilag egyöntetűen (három kivétellel) bűnnek tekintik az öngyilkosságot. „Isten adta az életet, s csak ő veheti el” mondják. Sőt, vannak, akik egyenesen azt hangsúlyozzák, hogy az öngyilkosság olyan súlyos bűn, amit az Isten soha nem bocsát meg.

Ez az egységes szemlélet árnyaltabbá válik, ha megvizsgáljuk az öngyilkosságok fogadtatását a közösségben. Arra a kérdésre például, hogy elítélendő-e, ha valaki önkéntesül vet véget az életének, már a megkérdezettek 30%-a nemleges választ adott, és gyakorlatilag mindenki azt hangsúlyozta, hogy mennyire sajnálja azt az embert, akinek ilyen szörnyű halála van. Megállapítható tehát, hogy a kezdeti megdöbbenés után sokkal inkább az együttérzés és a sajnálat hangjai jutnak kifejezésre, szemben a megszólással és ítélettel. Csak néhány idősebb adatközlő fogalmazott úgy, hogy az olyanon, aki ezt a halált választotta, nincsen mit sajnálni, a többség a körülmények mérlegelésével alakítja ki véleményét. Ehhez kapcsolódó jellegzetes sajátosság az okok keresése, mely a halálhír érkezése után gyakorlatilag rögtön kezdetét veszi.

Bár általában úgy tartják, hogy az öngyilkosság nem elfogadható módszer az élet problémáinak a megoldására, a megkérdezettek több mint 30%-a nyilatkozott úgy, hogy van olyan élethelyzet, amikor meg lehet érteni, ha valaki így cselekszik. Hasonló arányban vélekednek úgy, hogy az öngyilkosság bátor cselekedet, ezeknél a válaszoknál a bátorság azonban nem annyira mint csodálatra méltó, sokkal inkább mint a vakmerőség és felelőtlenség mezsgyéjén mozgó tett jelenik meg. Megérthető indoknak legtöbbször a nagy fájdalommal járó, súlyos, gyógyíthatatlan betegséget tekintik (25%), valamint az öregkori magányt, különösen akkor, ha a család nem gondoskodik az idős szülőkről (20%), és a súlyos, megoldhatatlannak tűnő pénzügyi nehézségeket (16%). Érdekes módon a szerelmi élet problémáit – így például szerelmesek egymástól való tiltását, mely a népballadák tragédiáinak gyakori hátteréül szolgál – egyáltalán nem tartják ilyen esetnek. Sőt, sokan kacagtak rajta, megjegyezve, hogy bolond, aki szerelem miatt csinálja meg a bajt. A családi élet gondjait sem tekintik elfogadható indoknak az

⁵¹ Ha csak ezt a két generációt nézzük, az idősök nélkül, arányuk akkor 25%.

öngyilkosságra, annak ellenére, hogy az elbeszélte esetek legtöbbje erre vezethető vissza, különösen akkor nem, ha gyerekek is vannak. Úgy vélik, a gondokat mindig el lehet simítani valahogy.

Az ítélet az öngyilkossal szemben leginkább akkor fogalmazódik meg, amikor annak látszólag semmi oka nem volt tette elkövetésére. Ilyenkor gyakran mondják: „Hát azok jól éltek, vagyon s minden volt, nem kellett volna, hogy arra tegye az esztét.”. Akkor is elítélően nyilatkoznak, ha az áldozat rossz viselkedű, iszákos volt, ilyenkor a tettét helytelen életvitelének következményeként tekintik. Ezekben az esetekben azonban nem annyira az öngyilkosság tényét, mint a személy korábbi életét ítélik el. Általában elmondható, hogy amennyiben valakit gyanítanak a tragikus események hátterében – egy hűtlen feleséget, egy rossz férjet vagy szülőt stb. –, akkor az ítélet sokkal inkább annak szól, és nem annyira az áldozatnak. Olyanok is vannak, akik ezt a túlvilági sorsra kivetítve is értelmezik. Eszerint nem az öngyilkosnak kell elszámolnia az élet eldobásának bűnéért, hanem annak, aki az okozója volt a tettnek.

Ez a tragédia hátterét firtató, az okokat megtalálni igyekvő szemlélet – mely gyakran a közvetlen hozzátartozók burkolt vagy nyíltan megfogalmazott elítéléséhez is vezethet – eredményezi azt, hogy az öngyilkosság a család számára egyértelműen mint szégyen jelenik meg. Száz megkérdezettből mindössze húszan tartották ennek az ellenkezőjét, akiknek több mint a fele a fiatalok köréből került ki, míg a az idősek között senki nem akadt, aki szerint az ilyen tett ne számítsa szégyennek.

A megítélés szempontjából tanulságos lehet egy a Megálló környékén néhány éve történt eset bemutatása, annál is inkább, mert az adatközlők nagy része reflektált erre a konkrét esetre. Egy az ötvenes éveiben járó jó módú, ügyes,⁵² vallásos asszony akasztotta fel magát, miután a férje és a fia előző este állítólag megverték, mert megittasodott. Az előzményei az esetnek családi vonatkozásúak voltak: a férj állítólagos kiállhatatlan természete és időnkénti félrelépései miatt az asszony rákapott az italozásra, s ezért a férje rendszeresen megverte. Bár az asszony panaszkolta, hogy milyen helyzetben van, s utalt is arra, hogy mire készül, azt senki nem vette komolyan. Annak ellenére, hogy az asszony gyakran ivott s végül ilyen állapotban öngyilkosságot követett el, a közösség megdöbbenéssel és sajnálattal fogadta a halálhírét, s egyértelműen a férjet hibáztatta és ítélte el az ügy kapcsán. Az általános vélemény szerint az ő helytelen magatartása és rossz életvitel hozta olyan helyzetbe a korábban nagy megbecsülésnek örvendő asszonyt, hogy csak az itálban tudott menedéket találni, s ezt tovább súlyosbította az a tény, hogy emiatt a férj rendszeresen verte őt. Sokan még azon véleményüknek

⁵² Helyi szóhasználatban bővebb jelentésű szó: talpraesett, dolgos, minden téren helytálló.

is hangot adtak, hogy az a jó asszony semmiképpen sem tehetett ilyet, s inkább a férje akaszthatta fel. A közösség ítéletét mutatja az is, hogy a haláleset után az özvegyen maradt ember többször is próbált újránősülni eredménytelenül, annak ellenére, hogy módos, jó gazda hírében állott. Mindenkitől azt a választ kapta, hogy volt neki ügyes felesége, miért nem becsülte, ha nem verte volna, még ma is élne. Ez az öngyilkosság azért is nagy megdöbbenést váltott ki a környéken, mivel, mint már említettük, vallásos, rendszeresen templomba járó asszonyról volt szó. Így halálát sokan az ördög öngyilkosságokban való közreműködésének egyértelmű bizonyítékaként értelmezték, különösen azért, mert előző vasárnap az áldozat még ott volt a misén s áldozott is.

Abban, hogy az öngyilkosságokat nem ítélik el egyértelműen Gyimesközéplokon, nagy szerepet játszik az egyháznak a kérdéssel kapcsolatosan napjainkra jelentősen módosult álláspontja, amely leginkább az egyértelmű enyhüléssel jellemezhető. Márpedig ezzel a temetéseken, a pap prédikációi által a nép folyamatosan szembesül. Többen is hangsúlyozták, hogy a pap is azt mondja, hogy nem szabad az öngyilkosokat megszólítani, mert egyrészt nem ismerjük az eset körülményeit, nem tudhatjuk mi vitte rá az áldozatot tettének elkövetésére, valamint azt sem tudhatjuk, hogy volt-e esetleg lehetősége az illetőnek a megbánásra élete utolsó pillanataiban, másrészt az embernek nincs joga az ítélkezésre, az egyedül Istennek van fenntartva.

Az öngyilkosságok körülményeit vizsgálva szinte mindenki úgy véli (4 fő kivételével), hogy az itálnak döntő szerepe van abban, hogy az emberek önkezüleg vetnek véget életüknek. „Azt a legtöbb úgy csinálja meg, azt tiszta fejjel nem is lehet”, mondják. Különösen az idősebbek körében fogalmazódik meg kritikaként, hogy napjainkban sokkal többen élnek az alkohollal, nagyon sokan az asszonyok közül is. Az öngyilkosságok megszaporodását mint ennek egyenes következményét látják. Az alkoholhoz hasonlóan a pillanatnyi elmezavar koncepciója is nagyon népszerű a lakosság körében (a megkérdezettek közül mindössze nyolcan kételkedtek benne), és ez a kettő gyakran összemosódva jelenik meg. Az öngyilkosságok egyik tipikus modelljét a következőképpen képzelik el: az áldozatnak valamilyen bánata, problémája van, emiatt az italhoz nyúl segítségért, megittasodik, megzavarodik, az elméje kikapcsol, és megcsinálja a bajt.

Gyakran megjelenő vélemény, hogy ha valaki az öngyilkossággal fenyegetőzik, azt nem kell komolyan venni. Úgy tartják, aki mondja, az nem csinálja. Vagyis, aki beszél róla, hogy elpusztítja magát, amiatt nem nagyon kell aggódni, mert csak fenyegetőzik, úgysem teszi meg. Fogalmazhatunk úgy is, hogy aki tényleg meg akar halni, az úgy követi el a tettet, hogy nem szól előtte senkinek. Ennek kapcsán egyébként a legtöbben úgy vélekednek, hogy aki megkísérli az öngyilkosságot, az valóban meg akar halni, „hiszen azért csinálja”. Ismert persze

néhány olyan eset- és hiedelemtörténet is, amelyben az áldozat csak meg akart viccelni valakit, vagy ki akarta próbálni, milyen is lehet az akasztás, tehát nem akart ténylegesen búcsút mondani az életnek, s mégis megtörtént a baj. Ezért úgy tartják, hogy az ilyennel nem szabad próbálkozni, kísérletezni, mert az nem játék. Ilyenkor mindig megemlítik az ördöghöz kapcsolódó hiedelmeket is: az ott van, segít, elintézi, hogy a vicc sírásba forduljon.

Arra vonatkozólag, hogy aki már átesett egy öngyilkossági kísérleten, az megpróbálja-e újra, megoszlanak a vélemények. A többség úgy tartja, hogy aki már egyszer megpróbálta és túlélte, az többet nem foglalkozik az ilyennel. Főleg az idősebbek ezt azzal is alátámasztják, hogy az már látta az ördögöket és megijedt tőlük. Ilyen típusú hiedelemtörténet is forog közszájon a csángók körében. Ennek ellenére mindenki hallott már olyan emberről, aki kétszer, háromszor is megpróbálta már eldobni az életét.

Az utóbbi három kérdésben nem annyira az életkor, mint az érintettség jelenti a választóvonalat. Akik saját családjukban tapasztalták, mennyire komolyan kell venni az öngyilkosság problémáját, azoknak természetesen más a véleményük, mint a közösség többi tagjának. Jól megmutatkozik ez abban is, ahogyan az öngyilkossági krízishelyzetben átesettekkel viselkednek, illetve azon, ahogy arról vélekednek, hogyan lehet túljutni az élet ilyen válságos szakaszain.

Mint arra már utaltunk, Gyimesközéplekon az öngyilkosságot elsősorban a vallás kategóriáin keresztül értelmezik, nem tekintve azt orvosi vonatkozású problémának. Arra a kérdésre, hogy hogyan juthat túl az ember az ilyen helyzeteken, hogyan szabadulhat meg az önpusztítás gondolataitól, szinte egyöntetűen a megtérés, az ima, az Istenhez való odafordulás fontosságát hangsúlyozzák. Ennek megfelelően az öngyilkossági krízisen átesők számára az elsődleges segíteni tudó személyként a papot tartják számon. Hozzá kell fordulni ilyen helyzetben, kérni a segítségét, megbeszélni vele a problémákat, lehetőleg egy szentgyónás keretében, és venni az Úr testét és vérét a szentáldozásban. Emellett a család, a legközelebbi hozzátartozók segítségének a fontosságát hangsúlyozzák a legtöbben. Ők azok, akik a válságban lévő ember mellé oda tudnak állni. Szerepük leginkább abban lehet, hogy vigyáznak, felügyelnek a családtagjukra. Kerülik az olyan viselkedést, amivel esetleg megbánthatnák, és ügyelnek rá, hogy ne maradjon felügyelet nélkül, olyan helyzetben, amelyben újra megkísérrelheti korábbi tettét.

Mindössze néhányan vélekedtek úgy, hogy az öngyilkosságok kapcsán az orvosi segítség hatásos lehetne. Ők is elsősorban a fiatalok, valamint olyanok közül kerültek ki, akiknek a családjában más jellegű mentális-pszichés problémák kapcsán már volt példa az orvosi segítségnyújtásra, s így ennek analógiájaként tartják számon ezt a lehetőséget. A csángók egyébként sem szívesen fordulnának

ilyen jellegű problémákkal orvoshoz, még ha úgy vélnék, segíthetne is, ahogy azt az egyik adatközlő Tankó (Csula) Erzsébet szavai szemléletesen érzékeltetik: „Parasztembereknél mi az ilyenekvel nem fordulunk orvoshoz. Ezen esetleg pap, vagy egy jó társ vagy egy jó barát s ez segíthet. Az orvos a legutolsó. Én sose hallottam senkit itt, hogy ezzel a helyzettel orvoshoz fordulna.”

Az attitűd affektív oldala

Az öngyilkossághoz kapcsolódó attitűd érzelmi összetevői alapvetően két különböző irányból közelíthetők meg az érintettség mezsgyéjén. Indokoltnak tűnik a különválasztása azoknak az emocionális tartalmaknak, melyek a tragédia által közvetlenül érintett családtagok, hozzátartozók körében jelentkeznek, azoktól, melyek a közvetlenül nem érintett, a tágabb értelemben vett közösség tagjainak viszonyát jellemzik az öngyilkossági esetekkel kapcsolatosan. Bár a terepmunka során arra nem nyíltott lehetőség, hogy egy tényleges eset kapcsán megnyilvánuló érzelmeket közvetlenül megfigyeljük, így az adatok utólagos, az események felidézéséhez kapcsolódó információkon alapulnak, mégis úgy látjuk, az öngyilkosságokhoz kapcsolódó emocionális elemek néhány jellegzetessége így is világosan kirajzolódott.

Bármilyen halálesetről legyen is szó, a legközelebbi hozzátartozókat az mélyen érinti. A halál körülményeinek függvényében azonban a veszteség okozta érzelmek mind összetevőikben, mind intenzitásukban módosulhatnak. Rendes körülmények között a családtagoknak általában van lehetőségük a felkészülésre, a tragikus haláleseteknél azonban a váratlan veszteség sokkolhatja az érintetteket. Különösen igaz ez az öngyilkosságok esetében. Valamennyi halál fájdalommal jár, ennek mértéke azonban az önelveszejtők esetben talán még a szokásosnál is nagyobb lehet, éppen a készületlenség miatt, hiszen olyan veszteség éri a családot, amire senki nem számíthatott. Több adatközlő is megfogalmazta, hogy mekkora nagy bánat az ilyen halál, hiszen mindenki tisztában van vele, hogy az az ember még élhetett volna. Még az is bánat a hozzátartozóknak, amikor egy idős, beteg emberért jön el a halál, nemhogy az olyan, amikor még nem kellett volna feltétlenül távoznia az áldozatnak az élők sorából. Az átlagosnál nagyobb intenzitású fájdalom és bánat az esetek többségében értetlenséggel párosul. Ott van a nagy kérdés, miért kellett, hogy ezt tegye éppen a mi szerettünk? Miért nem tudott mást gondolni, miért nem tudta másra fordítani az esztét? Ehhez nagyon gyakran bizonyos fokig önvád is társul. A hozzátartozók soha nem tudhatják biztosan, vajon nem az ő valamilyen szavuk vagy tettük volt-e a kiváltó oka a tragédiának, vagy hogy volt-e szerepük a dolgok ilyenén való alakulásában. Erős

bűntudat kapcsolódhat az olyan esetekhez is, amikor az áldozat előtte esetleg jelezte öngyilkossági szándékát, a környezete azonban nem vett róla tudomást, nem vette azt komolyan. Ez azért is előfordulhat, mert mint láthattuk, sokan úgy tartják, aki mondja az nem csinálja és fordítva. Tehát az öngyilkossággal való fenyegetőzésnek általában nem tulajdonítanak nagy jelentőséget. Az önvád mellett a szégyen érzése is gyakori velejárója az ilyen eseteknek. Ez két forrásból is fakadhat. Egyrészt abból, hogy az elhunyt olyan tettet hajtott végre, amely egyértelműen sérti, sőt alapjaiban kérdőjelezi meg a közösség normáit, másrészt abból, hogy a közösség különleges figyelmet fordít az ilyen esetekre, a haláleset körülményeire, igyekszik magyarázatot találni, s gyakran az áldozathoz legközelebb állókat teszi felelőssé a tragédia bekövetkeztéért. A vallásos csángók körében az öngyilkosságok kapcsán az aggodalom sajátos érzésével is számolni kell, mely elsősorban az elhunyt túlvilági sorsára irányul. Bár a lélek túlvilági helyzetéről egyetlen haláleset kapcsán sem tudhatnak biztosat, az öngyilkosok esetében a hagyományos egyházi tanítás és hitvilág alapján számolni kell azzal, hogy a másvilágon a büntetés vár rájuk. Ugyancsak a lélekhez kapcsolható másik, gyakran megjelenő érzelem a félelem. Mint már említettük, azon a helyen, ahol az öngyilkosság történt, félnek az emberek, mivel a gonosz még mindig ott lehet, esetleg megláthatják az elhunyt bolyongó lelkét.

Az eset kapcsán közvetlenül nem érintett tágabb közösség érzelmi megnyilatkozásairól szólva először talán a megdöbbenést kell kiemelnünk, mint a legelső reakciót. Mindenki döbbenettel fogadja az öngyilkosság hírért. Olyan tragikus haláleset ez, mint arra a családtagok reakcióinál már utaltunk, amire senki sem számíthat előre. Még ha ismerik is az érintett család esetleges problémáit, számolva azzal, hogy mennyi lehetősége van a bajok orvoslásának, ilyen tragikus kimenetelre nincsenek felkészülve. A döbbenethez a családtagok érzéseikhez hasonlóan értetlenség is társul elsődlegesen. „Miért kellett, hogy erre adja az eszét?“, kérdezik gyakran, és azonnal megindul a találgatás a háttérben meghúzódó okokról. A kezdeti sokkhatás után a legáltalánosabb érzelemnek a sajnálat tekinthető. Sajnálat, amely nagyon gyakran együttérzéssel is párosul. Mély empátiával érzik át az áldozat körülményeit, és bár az önpusztító tettet magát nem helyeslik, a körülmények alapján gyakran megértően nyilatkoznak az esetről. A sajnálat nemegyszer a halott túlvilági sorsa miatt is megfogalmazódik: „Sajnáljuk, hogy eltette a lelkét“, mondják. Vannak olyan esetek, amikor viszont nem sajnálattal, sokkal inkább felháborodással fogadják az öngyilkosságot. Ez leginkább akkor jellemző, ha a tragikus halálnak semmilyen értelmes magyarázatát nem tudták találni. Amikor valaki csak úgy követi el tettet, hogy „semmi baja nincsen“. Bár ilyenkor is szokták mondani, hogy „azt jókedvébe senki se csinálja“. Akkor sem mutatnak nagyobb sajnálatot, mikor valamilyen rossz életű, züllött,

részeges ember követ el ilyet. Az ő halálát sokkal inkább közönyösen fogadják. Az önkezű halál mindenképpen kellemetlen, borzongató érzést vált ki az emberekből. Sokan mondják, hogy úgy irtóznak, iszonyodnak az olyan haláltól, sőt volt olyan adatközlő, aki még az akasztottak temetőjének közelében is ilyen érzésekről számolt be.

Külön érdemes szólni arról a sajátos lelkiállapotról, amellyel az öngyilkosságot elkövetőket jellemzik a közösség tagjai. Erre leginkább az „elkeseredik”, „nekikeseredik”, „kétségbe esik” kifejezést használják. Ezt a lelkiállapotot érzelmi beszűkülés, az életbe vetett hit megrendülése jellemzi. Az áldozat úgy érzi, hogy nincsen más lehetősége a problémája orvoslására, helyzetének javítására. Szemléletesek az egyik adatközlő, Molnár (Gyék) Julianna által erről elmondottak: „A kétségbeesés az, hogy már tovább Istent nem lát maga előtt, már gondolkodni nem tud, s úgy érzi, hogy neki már vége kell legyen. Most már más megoldást maga körül nem lát, s már segítséget nem lát maga körül. Az a kétségbeesés. Én így fogom fel, hogy már semmiféle kiutat nem lát, segítséget, megértést vagy ehhez hasonlót. Teljesen minden reményét elveszítette.”

Az attitűd viselkedésben megnyilvánuló elemei – Az öngyilkos temetése

Gyimesközéplekon ma is élő gyakorlatot jelent az öngyilkosok megkülönböztető temetése az egyház részéről. Ennek következtében a temetési szokássor bizonyos elemeinél a papi közreműködés elmarad, míg másoknál módosul.⁵³

Az egyházi részvétel a harmadik napon, a temetés tényleges napján jelentős. Ekkor a pap és a kántor a halottas házhoz érkeznek a felvételre, mely a temetési szertartás kezdetét jelenti, ezután a gyászolókkal közösen vonulnak a templomhoz a misére, majd a sírgödörhöz. Öngyilkosok esetében sem a pap, sem a kántor nem megy el a halottas házhoz, így a felvétel szertartása elmarad, és értelemszerűen a temetési menetben sem vesznek részt az egyház képviselői. A halottat nem vihetik be a templomba, szemben a természetes körülmények között elhunytakkal, s ami a gyászolók számára még inkább megdöbbentő, nem mondanak misét a lelki üdvéért. Az egyházi szerepvállalás mindössze annyira szorítkozik, hogy a plébános, illetve még inkább a káplán, a „kicsi papbácsi” csak egyszerű, nem a temetésekhez megszokott papi ruhában kimegy a sírgödörhöz, és egy rövid, erre a speciális alkalomra használatos szertartás keretében elvégzi a halott sírba szentelését. Ilyenkor általában egy rövid prédikáció is elhangzik,

⁵³ Az öngyilkosok temetéséről Gyimesben, a rendes körülmények között elhunytak temetését is részletesen bemutatva bővebben lásd Bódán: „Nem szabad a szentelt földbe bétenni.”; A gyimesi halottas szokásokról lásd Tankó: *Gyimesi szokásvilág*, 96–115.

melyben helytelenítik az öngyilkosságot, s egyben arra hívják fel a figyelmet, hogy a hit és az ima segíthet a kétségbeesés helyzeteiben, valamint arra emlékeztetik a népet, hogy az ítélet egyedül az Isten dolga, az emberek nem jogosultak rá. Nem lehet tudni a körülményeket, így az eset kapcsán senki ne essen abba a hibába, hogy bárkit is megszól. Ezt követően a pap távozik a sírtól.

Az idősebb adatközlők emlékeznek rá, hogy régebben a pap egyáltalán nem vállalt szerepet az öngyilkos temetésében, tehát a sírgödörhöz sem ment ki. Ez az 1960-as éveket megelőző időszakban lehetett, hiszen az öngyilkosságot elítélő egyházi szemlélet alapvető reformja az ekkoriban zajló II. vatikáni zsinat keretében történt.

Az 1980-as évek közepéig, amikor még szokásban volt a koporsótétel, ez is egy olyan elemét jelentette a szokássornak, amelyben az egyházi közreműködés elmaradt. Más volt viszont a helyzet a búcsúztatóval, amely rendes körülmények között a felvétellel egybekötve hangzott el. Bár a pap ilyenkor nem ment el a házhoz, a kántor, amennyiben a hozzátartozók kérték – és ez soha sem maradt el –, megtartotta az énekes búcsúztatót. Rendes körülmények között ehhez az adatokat az előző napi koporsótételkor kapta meg, az öngyilkosok esetében azonban ez kimaradt, így a család valamely tagja otthonában kereste fel a kántort, és megbeszélte vele a szükséges tudnivalókat.

A kántor jelenléte a temetés reggelén valamelyest hivatalos egyházi színezetet adott az eseményeknek, hiszen a búcsúztató előtt a kántor imádkoztatta a népet, majd utána mindig énekelt egy halottas éneket is velük, ezáltal kölcsönözve szertartásos jelleget az eseménynek. A búcsúztatató szövege természetesen a speciális halálesetnek megfelelően alakult. Benne a halott megbánta, sajnálta tettét, bocsánatot kért a hozzátartozóktól, amiért ilyen nagy bánatot okozott nekik, kérte a rokonokat, szomszédokat, hogy ne ítéljék el őt a tette miatt.

A búcsúztató, majd egy temetési ének eléneklése után a kántor nem maradt tovább a háziakkal, tehát nem vállalt szerepet a temetés további eseményeiben, hanem a menettől külön, magában távozott. Mindezek ismeretében érthető, hogy a búcsúztatók kimaradása 1987-től az öngyilkosok hozzátartozóit még érzékenyebben érintette, mint a közösség egészét, hiszen még az egyházi közreműködés látszatától is megfosztotta őket. Természetesen a későbbiekben is igyekeztek rávenni a kántort, hogy legalább ő jöjjön el és tartsa meg a búcsúztatót, azonban a kántor arra hivatkozva, hogy az már a természetes halállal elhunytaknál sem lehetséges, mindig kitért a kérés elől. Ez is vezethetett ahhoz, hogy néhány esetben a kántort pótolandó, az ismeretségi körből valamelyik ügyesebb, jó hangú ember tartott búcsúztatót az öngyilkosoknál, ez azonban inkább kivételnek számított, mint általánosnak.

További különbségként jelentkezett az öngyilkosoknál a temetési menet megváltozása, ami ugyancsak az egyház állásfoglalásával hozható összefüggésbe. Míg a természetes módon elhunytaknál a menet élén a két fekete egyházi, illetve a fehér rózsafüzér társulati lobogókat vitték, addig azoknál, akik önkezükkkel vetettek véget az életüknek, a lobogókat nem adták ki, így csak a nyújtópadról leszedett kicsi kereszt és a fejkereszt haladt a menet előtt. Emellett a temetési menetből értelemszerűen hiányzott a pap és a kántor, máskülönben az mindenben egyezett a szokásossal. A templomhoz és temetőhöz érve a menet nem állt meg, hanem egyenesen ment a sírgödörhöz, hiszen a halott lelki üdvéért mondott mise is elmaradt ilyen esetekben.

Gyimesközéplekon az öngyilkosoknak külön temetőjük van, amelyet akasztottak temetőjének neveznek, utalva ezzel a községben leggyakoribb öngyilkossági módszerre. Ez a templom körül elterülő temetőn túl, a kerítésen kívül helyezkedik el. A községnek a központi temetőn kívül a szinte önálló falurészt alkotó legnagyobb patakon, Hidegségen is van egy temetője, ahol az öngyilkosok ugyancsak a kerítésen túli területre vannak különítve. A halottas menet az öngyilkosok esetében még a temető területére sem mehet be, hanem a közeli kaszálókhoz vezető, a temető kerítés mellett elhaladó kerülő úton jut el a sírgödörhöz. Ennek indokául a nép az egyház álláspontjára hivatkozik, valamint arra, hogy ez mindig is így volt. Van, aki egyszerűen csak azt mondja, hogy ez a törvény, s ebben a papoknak is parancsolnak, míg mások hangsúlyozzák, hogy a temető szent hely, megszentelt föld, ahova az öngyilkosok nem kerülhetnek. Néhányan azt is hozzátesszik, hogy azok a túlvilágon is külön vannak, így itt a földön is külön kell legyenek.

Az utolsó lényegi különbség az öngyilkosok temetésén a harangszó elmaradása. Ez nem pusztán a tényleges temetéshez kapcsolódó harangozást jelenti, hanem a három nap során egyébként szokásos harangszót is. Így az ilyen halottak halálhírét nem hirdeti a harang a közösségben, és utolsó útjára sem kíséri el. Ez azért is szörnyű a helyiek számára, mert a megszentelt harang szava a halott lelkéért végzett miséhez hasonlóan annak lelki üdvét szolgálja. Ezzel is magyarázható, hogy a temetési menetet a hozzátartozók igyekeznek úgy időzíteni, hogy az a déli harangszóra érjen a temető közelébe, ezáltal biztosítva legalább arra az időre harangozást az öngyilkosnak, ameddig testét a sírhoz viszik. Ilyen esetekben általában fizetnek a harangozónak, hogy egy kicsit hosszabban húzza délben a harangot.

A harangszó elmaradásával is összefüggésbe hozható, hogy korábban több esetben is zenészővel kísérték az öngyilkosokat a temetőbe, mondván, ha már a harang nem szólhat neki, legalább a muzsika szóljon. A zenészek (mindig többen voltak) ilyen esetekben mindig közvetlenül a halott mögött vonultak a temetési

menetben és cigány keszerveket húztak. A zenészek felfogadása azonban nem tekinthető általános gyakorlatnak. Az egyes érintett családok mindig maguk döntöttek róla, hogy kívánnak-e élni ezzel. Leginkább fiatal halottaknál, nagyobb gazdáknál és cigányoknál volt ez jellemző. Megjegyzendő, hogy a fiataloknál más halálok esetén is előfordult a muzsikaszóval való temetés, nem csak az öngyilkosságoknál. Napjainkra ez a szokás lényegében kiveszett, ami magyarázható egyrészt a neves gyimesi prímások kiöregedésével, illetve halálával, másrészt az egyház tiltó álláspontjával.

Külön kell szólnunk arról a légkörről, amely az öngyilkosok temetéséhez kapcsolódik, az adatközlők egyöntetű véleménye szerint ugyanis annak az egész hangulata más, mint a temetéseknek általában. A halál ugyanis mindig döbbenetet kelt, de az ilyen esetekben ez még inkább elmondható. Mind a közelebbi és távolabbi hozzátartozók, mind a szomszédok, ismerősök értetlenül állnak a tragédia előtt. A három napra végig rányomja a bélyegét a nagy kérdés: miért. Ez a családtagok előtt inkább kínos hallgatásban, míg egymás között a meginduló találgatások sorában fejeződik ki. Különösen feszült helyzetet eredményezhet, amikor tudni vélik, hogy a halálesetnek ki lehetett az okozója. Ilyenkor az indulatokat nehéz kordában tartani. Jól szemlélteti ezt az az eset, amikor egy férfi felakasztotta magát, mert a felesége elhagyta, hátrahagyva a gyerekeket is, s a temetésen az áldozat testvérei majdnem kidobták a megjelenő asszonyt.

A haláleset körülményei, az efölött érzett fájdalom, értetlenség és döbbenet a siratók hangvételén is érezhető. A fájdalom kérdése mellett: „Miért kellett ezt tenned?“, a halott iránti aggodalom: „Hogyan tudtad eltenni a lelked?“, de egyben a hátramaradottak iránti aggodalom: „Miért hoztál ilyen szégyent a családra?“ is kifejeződésre jut a rögtönzött érzelmektől túlfeszített sírásban. Sőt, a temetés körülményei is szóba kerülhetnek, amint azt annak az anyának a megrendítő sírása mutatja, aki harangozó leányát a következő szavakkal búcsúztatta: „Annácska, Annácska, hánynak meghúztad a harangot, s neked nem szól, csak a némaság s a szomorúság s a bánat“.

A temetés mássága általában is borzongással tölti el a csángókat. A jellemzően erős vallásos lelkület csak nehezen fogadja el, hogy éppen egy ilyen nagy esemény, az ember utolsó földi útja a lélek túlvilági sorsa szempontjából olyan fontos, megszokott egyházi szertartások nélkül történjen meg. Többen is párhuzamba állították az öngyilkosok temetését az állatok temetésével. „Azt csak úgy megfogják, kiviszik s elföldelik, mint a kutyát“, mondják. Ezekben a szavakban nem elsősorban az ítélet, mint a döbbenet fogalmazódik meg: olyan csak a temetése az öngyilkosnak az egyház közreműködése nélkül, mint egy lelketlen állatnak.

Mint az eddigiekből is látható, a legfontosabb különbségek a természetes halállal elhunytak és az öngyilkosok temetése között az egyház szerepvállalásából (illetve távolmaradásából) fakadnak. Maguk a csángók a tőlük telhető legnagyobb igyekezettel próbálnak mindent úgy szervezni, ahogy az rendes körülmények között szokásos lenne. Ugyanúgy összefog a rokonság és szomszédság, és támogatják a szűkebb családot fájdalmukban és gyászukban, illetve segédkeznek a temetés zavartalan lebonyolításában. Ezt az igyekezetet, hogy minden a lehető legnormálisabbnak tűnjön az adott keretek között, jól érzékeltetik a búcsúztatató pótlására tett kísérletek vagy a temetés déli órára való időzítése.

A temetésen résztvevők számában sem mutatkozik különbség. Ugyanolyan sokan elmennek, sőt néhányan még azt is megjegyzik, hogy olyankor nagyobb is a nép, hiszen csak kíváncsiságból is elmennek néhányan, csodálkozni, híreket hallani az eset körülményeiről. Csak egy pár idősebb adatközlő jegyezte meg, hogy az ilyen temetésre régebben csak kevesebben mentek el, mert „az olyan csúfságot művelt, hogy eltette a lelkét”.

Joggal fogalmazódik meg a kérdés, mennyiben tekinthető elfogadottnak az öngyilkosok megkülönböztető temetése a csángók körében, és mennyiben kell látnunk ebben az egyház megkérdőjelezhetetlen pozícióit? Az adatokat megvizsgálva elég vegyes képet kapunk. Viszonylag sokan tartják úgy, hogy ez olyan hagyomány, amelyben nem kell változtatni, ha eddig így volt, maradjon így ezután is. Tehát lényegében azonosulnak a jelenlegi állapotokkal, gyakran kifejtve egyúttal abbéli meggyőződésüket, hogy az a tudat, hogy az öngyilkosok még rendes temetésben sem részesülhetnek, talán visszatart némelyeket végzetes tettük elkövetésétől. Vannak olyanok is, akik nem helyeslik a jelenlegi helyzetet, de úgy vélik, azon semmiképpen nem lehet változtatni, hiszen az egyházi törvény, mely nem a helyi plébánoson múlik, hanem neki is parancsolnak. Ilyenformán tehát nincs értelme ezzel a kérdéssel foglalkozni. Ennek kapcsán többen is hivatkoznak arra a gyimesbükki esetre, ahol az az ember követett el öngyilkosságot, aki korábban saját földjéből adományozott a temető bővítésére, ennek ellenére az egyház nem engedte meg, hogy kivételt tegyenek vele és ne az akasztottak közé temessék. Egy másik jelentős csoport úgy véli, helytelen, hogy Gyimesközéplokon az akasztottak temetője teljesen elkülönül a rendes temetőtől, kerítéssel is elválasztva, hiszen sehol másutt, még a többi gyimesi községben sem él ez a gyakorlat. Ők azt tartanák helyesnek, ha ugyan elkülönítve a többi halotttól, de legalább a temető kerítésén belül kapnának helyet az öngyilkosok. Végül van egy réteg, amely szerint azokat is ugyanúgy sorba kellene temetni, mint a többi halottat, vagy oda a családjuk mellé, ha már megvan a helyük, és nincs semmi szükség a megkülönböztetésre, hiszen ők is csak emberek voltak.

Úgy látjuk, hogy ennek a kérdésnek a vizsgálatakor két fontos szempontot kell figyelembe venni: az érintettséget és az életkort. Azok, akik személyesen is érintettek, mivel a családjukban történt a tragédia, általában nehezményezik a megkülönböztetést. Jól mutatja ezt, hogy több esetben is próbálták rávenni a papot a rendes szertartás szerinti temetésre, eredménytelenül. Illetve arra is került példa, hogy eltitkolták a halál tényleges okát, s csak utólag derült ki, hogy öngyilkosság történt, mikor a pap a halottat már eltemette, így a plébános rosszallása már nem változtatható a dolgokon. Emellett az életkorhoz kapcsolódóan az szűrhető le, hogy bár valamennyi korosztályban vannak hívei a változtatásnak, azok mégis inkább a fiatalabb generációk köréből kerülnek ki.

A jelenlegi állapotokkal egyet nem értők viszonylag magas száma azonban nem jelent igazi konfliktushelyzetet a községben, ahogy arról a plébános is beszámolt, mivel a csángók sokkal inkább tisztelik és szeretik az egyházat és papjaikat, semhogy egy ilyen konfrontációt – különösen annak hitében, hogy az megváltoztathatatlan egyházi törvény – felvállalnának. Inkább úgy értékelhető ez a helyzet, hogy ha mégis változna az öngyilkosok temetéséhez kapcsolódó megkülönböztetések sora, akkor ez valószínűleg nem keltene nagy felháborodást, nem ütközne erős ellenállásba. Ezen a téren egészen más lehetett a helyzet még mintegy ötven évvel ezelőtt is, mint azt egy, az idősebbek által többször is említett eset mutatja. Egy akasztott asszonyt a pap, engedve a család nyomásának (és állítólag adományainak) rendes szertartás szerint temetett el, aminek általános felháborodás lett az eredménye. „Összefutott az egész falu”, mondják, és sokan ennek az esetnek tulajdonítják, hogy azt a plébánost nem sokkal később el is helyezték Középlokról.

Azért is érdekes ez a kérdés, mert bár a helyiek ezt nem így gondolják, a lehetőség lényegében adott lenne a változtatásra. A római katolikus egyház hivatalos álláspontja ugyanis a II. vatikáni zsinatot követően megváltozott az öngyilkosságokat illetően, és a korábbi évszázadok szankcióit lényegében megszüntették. Az, hogy Gyimesközéplekon mégsem változott a helyzet, lényegében az egyháznak azzal az általános álláspontjával magyarázható, hogy amennyiben az összeegyeztethető a hivatásos tanokkal, támogatja a helyi hagyományok továbbélését és e tekintetben viszonylag nagy szabadságot ad a helyi plébánosoknak. Amennyiben ők úgy ítélik meg, hogy valamilyen (nem csak az öngyilkossághoz kapcsolódó) szokás, kialakult gyakorlat hasznos az egyházközség szempontjából, azt fenntarthatják. Így maradtak meg Gyimesközéplek napjainkra már ritkaságszámba menő szokásai az öngyilkosok temetésével kapcsolatban, és ezzel magyarázható az is, hogy mindhárom gyimesi községben más-más gyakorlat él ebben a kérdésben. Míg Felsőlekon a pap kimegy a házhoz, és egyszerű papi ruhában a sírhoz is, sőt a lobogókat is kiadja, addig, mint láttuk, Középlekon csak a sírhoz megy ki,

szemben Gyimesbükkel, ahol egyáltalán nem megy ki a sírhoz, maga helyett a kántort küldi. Emellett az első és az utolsó községben az öngyilkosok egy félreeső sarokban, de a temető kerítésén belül kapnak helyet, Középkoron azonban külön „akasztottak temetője” van.

Ezeket a különbségeket a csángók természetesen észlelik, azonban a háttérüket nem ismerik, és mint már utaltunk rá, vallásosságuk és az egyház és annak papjai iránti tiszteletük nem engedik, hogy ebben a kérdésben esetleg változásokat kezdeményezzenek.

Az attitűd viselkedésben megnyilvánuló elemei – Az öngyilkossághoz kapcsolódó egyéb szokások

Az öngyilkossághoz kapcsolódó legjelentősebb szokássor a temetés, melynek a lényegesebb elemeit az előzőekben bemutattuk. Ezek mellett azonban él még néhány hagyományos szokás, melyekről az ilyen tragikus halálesetek kapcsán nem szabad megfeledkeznünk. Itt elsősorban az elhunytról való megemlékezés különböző formáira, a gyász rendjére, a halotti misék rendszerére, a mindenszentekkor megnyilvánuló halottkultusz elemeire gondolunk, de szólunk ezek mellett a szentelések és a román papoknak fizetett miseszolgálat öngyilkossághoz kapcsolódó vonatkozásairól is.

A gyász a „halál beálltától meghatározott ideig, az egyéni fájdalmat kifejező, a közösségi követelményektől hagyományosan függő magatartásforma.”⁵⁴ Kunt Ernő szerint a gyászolók az elhunyt emlékezetének őrzői, legfőbb feladatuk ennek megfelelően a hagyományok előírta végtisztesség megadása mellett az eltávozott hozzátartozó emlékének védelme, tisztelete és ápolása. Ennek kifejeződése számos formában történhet, megtartása pedig alapvető erkölcsi kötelesség, melyet a tágabb közösség ellenőriz.⁵⁵

Ezek az általános szempontok Gyimesközépkoron is érvényesek. A gyász hagyományos ideje egy, ritkább esetben fél év, személytől függően azonban attól lehet hosszabb, idősebbeknél akár életük végéig is tartó. Ebben az időszakban a gyászolók tartózkodnak a bálokon, lakodalmakon és egyéb hangosabb mulatságokon való részvételtől, a színes, rikító ruhák viseletétől, az asszonyok fekete fejkendőt hordanak. Mindezek a szabályok az öngyilkosokkal kapcsolatban is

⁵⁴ Tátrai Zsuzsanna: Gyász, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 2. köt., F–Ka, Budapest, Akadémiai, 1979, 339.

⁵⁵ Kunt: *Az utolsó átváltozás*, 181–185.

érvényesek. A hozzátartozóknak egy szeretett családtagjuk elvesztése ilyen tragikus módon még a szokásosnál is nagyobb fájdalmat jelenthet, így természetes, hogy semmiben nem térnek el a gyász egyébként megszokott hagyományos rendjétől.

Az elhunytakról való megemlékezés fontos formája a közösségben a lelki üdvéért mondott misék sora. Ezek közül az első a hathetes mise, amelyet, ahogyan azt a neve is mutatja, a halál napját követően pontosan hat hétre tartanak, majd ezt követi a hat hónapos, végül az évfordulós mise. Ez utóbbit azután minden évben megismétlik. A misén a szűkebb család mellett a tágabb rokonság és lehetőség szerint a szomszédság is részt vesz. Az ilyenkor végzett szentáldozást a halottért ajánlják fel. A misére a család kenyeret vagy kalácsot és pálinkát visz, amit a szertartás után a templom előtt elkínálgatnak a megjelentek között. Az általános köszönési forma az adományért: „Isten juttassa akiért szánták” vagy „Isten juttassa Mihály bémért, Erzsi nénémért stb.” A katolikus egyház olyan személyért, aki önkezével vet véget az életének nem végez szentmisét. A fent említett hathetes, hat hónapos és évfordulós misékhez a család azonban ilyen esetekben is ragaszkodik. Ez úgy mond jár a halottnak a hagyományos rend szerint, másrészt szükségesnek is tartják a halott túlvilági létének javítása végett. Sokan úgy tartják, éppen az öngyilkosnak van a legnagyobb szüksége ezekre a misékre, hiszen nekik a túlvilágon mindenképpen el kell számolniuk életük utolsó, szerencsétlen tetteivel. Ilyen esetekben tehát az a gyakorlat alakult ki, hogy nem kimondottan az öngyilkosért, hanem a család összes halottjaiért ajánlják fel a miseáldozatot, amibe ilyenformán természetesen ő is beletartozik. Ez ellen a papnak sincsen semmi kifogása, hiszen ahogy ő fogalmaz, „a mise nem hull a porba”, vagyis bár nem tudhatjuk, hogy magának az öngyilkosnak, akiért ténylegesen szánták, használ-e, hiszen ha valóban elkárhozott, akkor a misék már nem változtathatnak a helyzetén, viszont így is áldást jelenthetnek a család többi elhunytjának. Itt kell megemlítenünk egy sajátos ellentmondást is, mely az öngyilkossághoz kapcsolódó hiedelmek és az évfordulós misék szokása között fennáll. Mint a korábbiakban láthattuk, az általános vélekedés (legalábbis hagyományos értelemben) az öngyilkosok túlvilági sorsáról az volt, hogy lelke örökre elkárhozik, a pokolra kerül. Az ilyen lelkeknek pedig hitük szerint nem használ a mise. Ennek ellenére a legidősebb adatközlők szerint is az évfordulós misék gyakorlata mindig velejárója volt az ilyen halottakról való megemlékezés hagyományának is. Ez talán magyarázható azzal is, hogy a misék mint a megemlékezés alkalmi, a családtagok számára is nagy jelentőséggel bírnak, másfelől egyetlen család sem szívesen szembesül azzal a tudattal, hogy szeretnének a túlvilágon az örök szenvedés jutna osztályrészül. Minden bizonnyal él bennük a remény, hátha mégis

használhatnak az elmondott misékkal. Ugyanez lehet a motivációs háttere annak az igyekezetnek is, amellyel próbálják a temetési szertartást mindenben a természetes halállal elhunytakéhoz hasonlóvá tenni.

Az évfordulós misék rendszere egyúttal alkalmat jelent az elhunyt sírjának meglátogatására is, hiszen a temető a templom mellett terül el. Erre egyébként többször is sort kerítenek az év során, bár ennek nincsen hagyományosan kialakult rendje. Az ilyen látogatások alkalmával imádkoznak a sírnál, esetleg beszélgetnek a halottal, ha friss a haláleset, előfordul, hogy újra el is siratják, és ekkor kerítenek sort a sírok rendbetételére is. Az akasztottak temetőjéről megállapítható, hogy többnyire gondozott, rendben tartott sírokból áll. Az újabb síroknál kőből vagy márványból sírkövet állítanak, amelyre gyakran az elhunyt fényképét is kiteszik, és több sír is körbe van kerítve. Elmondható tehát, hogy a halál módja ilyen tekintetben nem eredményez változtatást a halottkultusz hagyományos elemeiben.

Ha máskor nem is, mindenszentekkor feltétlenül felkeresi a család az öngyilkos hozzátartozók sírját is. Bár *A magyarság néprajzában* azt olvashatjuk, hogy az öngyilkosoknál nincs megemlékezés ezen a napon,⁵⁶ ez az adat párhuzam nélküli maradt a későbbi szakirodalomban. Mindenszentekkor a világítás⁵⁷ Gyimesben szervesen hozzátartozik az önkezű halált választók rokonainak megemlékezéseihez is. Ilyenkor mindig rendbe szedik és feldíszítik a sírokat, majd gyertyát gyújtanak és imádkoznak az elhunytért. Ekkor a pap is kimegy az akasztottak temetőjébe, s elvégzi az ilyenkor a más síroknál is szokásos szertartást. Ez esetben tehát nem él semmilyen egyházi jellegű megkülönböztetés. A világítás is alkalom lehet az évfordulós misék kapcsán már említett alamizsnálkodásra, osztogatásra, mely által a halott túlvilági szenvedésein igyekeznek enyhíteni. Ez alól sem jelentenek kivételt az öngyilkosságot elkövetők hozzátartozói.

Miután számba vettük a halottról való megemlékezés legjellemzőbb formáit, szólnunk kell még néhány olyan szokásról, mely az öngyilkossághoz kapcsolódóan nagyrészt az egyház közreműködésével, de az egyház által korántsem elismert célok érdekében történik.

A hiedelmek kapcsán szoltunk már arról, hogy a csángók körében még ma is elevenen él a hit az ördög öngyilkosságokban játszott aktív szerepéről. Úgy tartják, ahol ilyen halál történt, ott gonosz erők működtek. Az emberek, különösen az nők és a gyerekek azon a helyen és főleg este semmiképpen nem maradnának ott, vagy mennének oda egyedül. A félelem alapja egyrészt az, hogy úgy hiszik,

⁵⁶ Szendrey Zsigmond: Jeles napok, in *A magyarság néprajza IV.*, Hasonmás kiadás, Szekszárd, Babits – Magyar Amerikai Kiadó Rt., 1937/1992, 337.

⁵⁷ Erdélyben (és Gyimesben is) élő elnevezése a mindenszentekkor tartott szokásnak, melynek során gyertyagyújtással emlékeznek meg a halottakról.

a gonosz ott még mindig jelen lehet, másrészt pedig attól tartanak, hogy jeleket láthatnak, vagyis a halott nyugodni nem tudó, bolyongó lelkét. Miután az akasztásoknak gyakori színtere a csűr, a gyimesközéploki porták legfontosabb gazdasági épülete, vagy éppen maga a lakóház, azért, hogy a család élete a tragikus haláleset után visszazökkenhessen a normális kerékvágásba, ezeket a helyeket meg kell tisztítani.

Amennyiben a lakóházban történt a tragédia, a helyiséget mindenekelőtt kitakarítják, kimeszelik, gyakran át is rendezik, majd hívják a papot és megszenteltetik. Ha a porta más helyén történt a haláleset, azt vagy a hozzátartozók szentelik meg a minden háztartásban tartott szenteltvízzel, vagy (különösen, ha úgy ítélik meg, hogy az nem lenne elég hatásos) oda is elhívják a papot, hogy végezze el ő a szentelést a hozzá kapcsolódó szertartással. Míg a temetést megelőzően a plébános soha nem megy el a házhoz, addig ilyen esetekben már készségesen áll a hívek rendelkezésére, még akkor is, ha a tényleges szándékkal (a nyugodni nem tudó lélek eltávolítása) nem ért egyet.

Hogy mennyire komolyan veszik a gyimesi csángók az ördög szerepét az öngyilkosságokban, és hogy mennyire igénylik az egyház közreműködését az ilyen halálesetek helyének a megtisztításában, jól szemlélteti a következő, az 1990-es évek első felében történt gyimesfelsőloki eset. Az egyik patakon (utcában) rövid időn belül három öngyilkosság is történt egymás után. A lakosok megkeresték a papot, és kérték, hogy zárandoklat formájában hadd vonuljanak végig az egész patakon, énekelve, imádkozva, és ő szentelje meg a helyeket, ahol az esetek történtek, hogy a gonosz, az ördög többé ne járjon közöttük, s ezzel is biztosítsa az élők és elhunytak nyugalomát. Miután ez megtörtént, a lakosok megnyugodtak, hogy a gonosz eltávozott, és azóta nem történt hasonló haláleset azon a patakon.

A szenteléssel együtt ugyancsak szokás misét is mondatni a halott lelki üdvéért, hogy az elhunyt tudjon nyugodni, illetve azért hogy az ördög eltávozzon a helyről. Ez azonban, mint láttuk, problémás lehet, hiszen csak az öngyilkosért az egyház nem végez misét. Ilyenkor az is előfordul, hogy valamilyen szándékra adják a misét és nem mondják meg a papnak, hogy az kiért van valójában, vagy ami még inkább gyakori, máshoz, gyakran román paphoz fordulnak segítségért. Az ő miséik erejét ugyanis többre tartják, mint a katolikusokét. Ezekért a misékért a viszonylag közeli palánkai piacra mennek el, ahol mindig lehet találni miséket író román papokat, vagy Felsőlokra, ahova nem túl régen telepedtek ortodox szerzetesek.

Végezetül érdemes megjegyeznünk ezek kapcsán, hogy a román papoknál végeztetett miséztetés gyakorlata mint a fekete mágia eszköze is elevenen él a gyimesi csángók körében. Mindenki ismeri, és ha el is határolódnak tőle, azért tartanak az erejétől. Amennyiben valamilyen vitás ügye van valakinek, szeretne

megtudni valamit vagy az Isten igazságszolgáltatását szeretné kérni valamilyen sérelme miatt, ezzel a szándékkal misére valót ad és gyertyát gyújtat a román papnál, ahol azt is megmondhatja a papnak, hogy mi történjen a vétkessel.⁵⁸ Azért kell erről külön szólnunk témánk kapcsán, mert a gyimesiek több „ért-hetetlen” öngyilkossági esetet is igyekeznek ezzel megmagyarázni. „Mondják, valaki megmiséztette, azért csinálta ezt”, hallani gyakran az olyan öngyilkosról, akinek a tetteire semmi elfogadható okot nem tudnak találni. A miséztetések kapcsán többen is elmondták például azt a hidegségi esetet, amikor egy kutya miatt hárman is felakasztották magukat. Két ember valamilyen módon meglőtte egy asszony kutyáját, amiből nagy vita kerekedett. A sértett fél elment a román paphoz és misére valót adott. Nem sokkal később mindkét „vétkes” felakasztotta magát, majd kis időre rá az asszony is, aki a misét végeztette. Az utóbbi halálát általában úgy értelmezték, mint Isten büntetését, amiért az asszony ilyen eszközkhöz folyamodott egy kutya miatt.

Az attitűd viselkedésben megnyilvánuló elemei – Az öngyilkossághoz kapcsolódó nem szokásszerű cselekvések

A csángók öngyilkossághoz kapcsolódó attitűdjének viselkedésbeli megnyilvánulásait elemezve mindenképpen szólnunk kell az ima és a megtérés mint témánk szempontjából sajátos jelentőséggel bíró cselekvés fontosságáról. A hiedelmek kapcsán már szó volt róla, hogy ha valaki rászánja magát arra, hogy véget vet az életének, már nem tud megszabadulni, mivel az ördögök körbeveszik, és addig ingerlik, ameddig véghez nem viszi a tettét. Ilyen helyzetekben a megmenekülés egyedüli módját az jelenti az ember számára, ha valamiképpen Istenhez tud térni s imádkozik. Bár sokan megjegyzik, hogy aki ráadta magát az öngyilkosságra, annak akkor már nincs esze az ilyesmire, mégis számos, gyakran mondaszerű történet él a csángók körében arról, hogyan szabadultak meg azok, akik akár csak elszólták magukat tettük elkövetése előtt: „Jaj, Istenem segíts meg!”

A csángók egyébként korra való tekintet nélkül hisznek az ima erejében. Úgy tartják, ha az ember hittel imádkozik, az Isten megsegíti és jobban boldogul életében. Ez egyrészt a rendszeres imádkozásra értendő. Többen is elmondták, hogy ők bizony az elmaradhatatlan reggeli, esti és étkezés előtti ima mellett gyakran napközben is imádkoznak, különösen mikor egyedül vannak, esetleg útban a kaliba (nyári szállás a hegyen) felé, vagy visszajövet a faluba. Ezek a gyakran több kilométeres gyaloglások a hegyek között kitűnő alkalmat jelenthetnek az

⁵⁸ Részletesen erről: Tankó: *Életvitel a Gyimesekben*, 143–176.

elmélyült imádkozásra. Másrészt a rendszeres imák mellett nagyon fontos szerepet kapnak az élet különböző krízishelyzeteiben elmondott imák is, mert ezek, mint az ismert, úgymond a kipróbált, hatásos segítség eszközei. Ilyen helyzetnek számít természetesen az öngyilkossági krízis is, melyből ugyancsak menekülést jelenthet az ima. A tényleges szabaduláshoz azonban az ima önmagában nem elég. Többen hangsúlyozták, hogy ilyen esetekben meg kell térni, mert aki valóban Istennel van, az nem szánja ilyenre magát. Ha valaki meg akarja menteni az életét, annak Istenhez kell fordulni, s mellette itt a földön a paphoz. Gyónni, áldozni kell, és misére járni, s ezekkel együtt sokat imádkozni. Így nyílik lehetőség a tényleges szabadulásra az ördög szorításából.

Ebben a folyamatban természetesen a környezet, mindenekelőtt a család segítségével is szükség van. Ha valaki öngyilkosságot akar elkövetni, s a hozzátartozók hírt kapnak róla, rohannak, próbálják megtalálni, s megakadályozni ebben a szándékában. Többen beszámolnak róla, hogy, mikor megtalálták a keresett személyt, először is alaposan megverték és megszidták. Ez a viselkedés kettős célt is szolgálhat: egyfelől felrázni általa az öngyilkosjelöltet, úgymond észhez téríteni, másfelől levezetni a megtalálók felfokozott lelkiállapotából adódó feszültségeket. Amikor azonban az első sokkhatás elmúlt, egészen másképpen viszonyulnak a krízishelyzetben lévő személyhez. Az ellenséges megnyilvánulások elmaradnak, a hozzátartozók most már igyekeznek szépen beszélni vele, ügynelnek rá, hogy mit mondanak vagy tesznek a jelenlétében, nehogy valamivel megbántsák. Ha valaki már megkísérelte az öngyilkosságot, azt fokozott figyelemmel kísérik (az első időkben mindenképpen), lesik, hogy mit csinál, hova megy, és ügynelnek rá, nehogy megint alkalmat találjon az önpusztító tett megkísérlésére.

Végezetül szólnunk kell még az öngyilkossághoz kapcsolódóan egy sajátos viselkedésmódról, melyre többen is felhívták a figyelmet. Ez a zsarolás. Vannak, akik az öngyilkossággal való fenyegetőzést arra használják, hogy általa kényszerítsék rá valakire az akaratukat, mintegy terrorizálva a kiválasztott személyt. Vagyis ilyenkor az öngyilkosjelölt azzal fenyegetőzik, hogy ha valami nem az akarata szerint történik, felakasztja magát. Bár az általános vélekedésnek az tűnik, hogy aki mondja, az nem csinálja, vagyis a fenyegetőzést nem követi tett, mégis történnek esetek, amelyek tragikus módon zárulnak, így a hozzátartozók sok esetben tényleg hajlamosak engedni a követeléseknek, megerősítve ezzel az öngyilkossággal való fenyegetés zsaroló funkcióját.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Áttekintve a néprajztudomány öngyilkosságokkal kapcsolatos eddigi ismereteit megállapítható, hogy tudományágunknak még jelentős adósságai vannak az önkészű halál kérdéskörének módszeres feldolgozása terén. Bár a témához tágabban kapcsolódó újabb néprajzi feldolgozásokban – például a népi vallásosság vagy halottkultusz tárgykörében – már egyre nagyobb valószínűséggel jelenhetnek meg az öngyilkosságokra vonatkozó adatok, maga a szuicidum mint kutatási probléma továbbra sem került be a néprajzi kánonba. Sajnos az 1990-es években meginduló, a 2000-es évek elején nagyobb lendületet kapó kutatások elakadni látszanak, hiányoznak az újabb kezdeményezések és eredmények. A továbblépést az egyéni kutatásokon túlmutató, módszeres, szervezett, valamilyen formában intézményes háttérrel bíró kutatómunka jelenthetné, akár interdiszciplináris összefogással, nyitva más tudományterületek művelői felé is. Ez biztosíthatná az eddigi esetleges, egyéni érdeklődésen alapuló helyszín- és témaválasztás kiszélesítését és az öngyilkosságok néprajzi eszközökkel megragadható kulturális hátterének feltárását olyan kulcsfontosságú területeken is, mint például a kiemelkedően magas öngyilkossági arányszámokkal rendelkező dél-alföldi régió. Reményeink szerint jelen tanulmány eredményei közelebb vihetnek egy ilyen irányú kutatómunka megvalósításához.

BIBLIOGRÁFIA

- ALBERT E.: *Boszorkányos dógok. Gyimesi csángó hiedelemmondák, hiedelmek*, Sepsiszentgyörgy, Bon Ami, 1995.
- ANTAL M.: *A gyimesi csángó magyarok hiedelmei*, Budapest, General Press, 2004.
- BALÁSSY E.: Az öngyilkos ördöge Székelyhodos község hiedelemvilágában, *Erdélyi Múzeum*, LXXIII. évf., 2011/1, 109–120.
- BALÁZS L.: *Menj ki lelkem a testből*, Csíkszereda, Pallas – Akadémia, 1995.
- BALÁZS L.: „Az öngyilkos az ördög cimborája” – Az öngyilkosság, mint feltételezett archetipikus cselekvés, in Pócs Éva (szerk.): *Démonok, látók, szentek. Tanulmányok a transzcendens köréből VI*, Budapest, Balassi, 2008, 181–189.
- BERTA P.: Hatalom, halálkép, normativitás (Megjegyzések a magyar paraszti halálkép normatív jellegéről), in Berta Péter (szerk.): *Halál és kultúra*, Budapest, Janus – Osiris, 2001, 117–142.

- BIHARI A.: *Magyar hiedelemmonda katalógus. Előmunkálatok a magyarság néprajzához* 3, Budapest, MTA Néprajzi Kutató Csoport, 1980.
- BÓDÁN Zs.: A gyimesi csángók öngyilkosságához kapcsolódó hiedelmek vázlata, *Ethnica*, V. évf., 2003/4, 121–125.
- BÓDÁN Zs.: Az önakasztottak látomásai. Gondolatok a néprajz és pszichológia határterületéről, *Ethnica*, VII. évf., 2005/3, 103–106.
- BÓDÁN Zs.: „Nem szabad a szentelt földbe bétenni.” Az öngyilkosságához kapcsolódó attitűd viselkedésben megnyilvánuló elemei Gyimesközépleken, in Murányi János (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2007–2008. Humán- és Természettudományok*, Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2008, 101–126.
- BÓDÁN Zs.: A magyar parasztság és az öngyilkosság, in : Gecse Annabella (szerk.): *TISICUM – A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Múzeumok Évkönyve* 18, Szolnok, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Múzeum, 2009, 321–329.
- BÓDÁN Zs.: Az öngyilkosságához kapcsolódó hiedelmek Gyimesközépleken, in Murányi János (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2009, Néprajz, Muzeológia, Természettudományok*, Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2009, 13–38.
- BÓDÁN Zs.: „Azt tiszta fejjel nem is lehet.” Az öngyilkosságához kapcsolódó attitűd hiedelmeken kívüli mentális elemei Gyimesközépleken, in Kelemen Imola (szerk.): *A Csíki Székely Múzeum Évkönyve 2010*, Csíkszereda, Csíki Székely Múzeum – Pro Print, 2010, 389–394.
- BONDÁR F.: *Sarkadkeresztúr néphite. Folklor Arhivum 14*, Budapest, MTA Néprajzi Kutatócsoport, 1982.
- BOSNYÁK S.: *A bukovinai magyarok hitvilága. Folklor Arhivum 6*, Budapest, MTA Néprajzi Kutatócsoport, 1977.
- BOSNYÁK S.: A halál országa. Az öregek önkéntes halála, *Kharón*, III. évf., 1999/1–2, 123–130.
- BUDA B.: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*, Budapest, Animula Egyesület, 1997.
- CSEPELI GY.: *Szociálpszichológia*, Budapest, Osiris, 1997.
- DIÓSZEGI V.: *A pogány magyarok hitvilága*, Budapest, Akadémiai, 1983.
- DOBOS I.: *Paraszti szájhagyomány, városi szóbeliség*, Budapest, Gondolat, 1986.
- FARAGÓ J.: Az öngyilkos legény temetésének balladája, in Pozsgai Péter (szerk.): *Tűzcsiholó. Írások a 90 éves Lükő Gábor tiszteletére*, Budapest, Táton Bt., 1999, 391–396.
- FEKETE S.: *Öngyilkosság és kultúra*, Budapest, Új Mandátum, 2004.

- FRIDA B. Z. – KALAS GY.: „*Mejek, pusztítom el magamot...*”. Az öngyilkosság antropológiai vizsgálata a gyimesi csángóknál, Miskolci Egyetem Kulturális és Vizuális Antropológia Tanszék, OTDK-dolgozat, Kézirat, 1999.
- IANKU L.: Vallás Magyarfaluban. Néprajzi vizsgálat, Budapest, PTE Néprajz – Kulturális Antropológia Tanszék – L’ Harmattan, 2013.
- KALAS GY.: „Sokan akaszthatnák föl magukat.” Az öngyilkosság elbeszélésének sajátosságai a gyimesi csángóknál, *Tabula*, XI. évf., 2008/1–2, 85–95.
- KATONA I.: *Fejezetek a népköltészet köréből*, Debrecen, KLTE, Néprajzi Tanszék, 1994.
- KESZEG V.: *Mezőségi hiedelmek*, Marosvásárhely, Mentor, 1999.
- KUNT E.: *A halál tükrében*, Budapest, Magvető, 1981.
- KUNT E.: *Az utolsó átváltozás. A magyar parasztság halálképe*, Budapest, Gondolat, 1987.
- MAGYAR Z.: *A csángók mondanivalója. Gyimesi csángó népmondák*, Budapest, Balassi, 2003.
- MAGYAR Z.: *Torna megyei népmondák*, Budapest, Osiris, 2001.
- NAGY I.: Végzet, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 5. köt., Sz–Zs, Budapest, Akadémiai, 1982, 518–519.
- NAGY O.: *Világgá futó szavak. Havadi beszélgetések*, Budapest, Szépirodalmi, 1990.
- NAGY O. (szerk.): *Változó népi kultúra. Társadalomnéprajzi vizsgálat Havadon*, Bukarest – Kolozsvár, Kriterion, 2000.
- PÓCS É.: Akasztott ember, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 1. köt., A–E, Budapest, Akadémiai, 1977, 55.
- PÓCS É.: Ördög, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 4. köt., N–Szé, Budapest, Akadémiai, Budapest, 1981, 127–128.
- PÓCS É.: Néphit, in Hoppál Mihály (szerk.): *Magyar néprajz VII*, Budapest, Akadémiai, 1990.
- PÓCS É. (szerk.): „*Vannak csodák, csak észre kell venni*”. Helyi vallás, néphit és vallásos folklór Gyimesben 1, Pécs – Budapest, Pécsi Tudományegyetem, Néprajz–Kulturális Antropológia Tanszék – L’Harmattan, 2008.
- SALAMON A.: *Gyimesi csángó mondák, ráolvasások, imák*, Békéscsaba, Helikon, 1987.
- SEBESTYÉN GY. – BÁN A.: Tájékoztató a Folklor Fellows Magyar Osztályának országos gyűjtéséhez, *Ethnographia*, XXIII. évf., 1912, 200–213.
- STEINMETZ, S. R.: Suicide among Primitive Peoples, *American Anthropologist*, Vol. 7, 1, 1894, 53–60.
- SZENDREY Á.: A magyar lélekhit, *Ethnographia*, LVII. évf., 1946/1–4, 34–46.

- SZENDREY ZS.: Jeles napok, in *A magyarság néprajza IV*, Hasonmás kiadás, Szekszárd, Babits – Magyar Amerikai Kiadó Rt., 1937/1992, 323–342.
- TANKÓ GY.: *Gyimesi szokásvilág*, Székelyudvarhely, Erdélyi Gondolat, 1996.
- TANKÓ GY.: Öngyilkosság a Gyimesekben, *Székelyföld*, VIII. évf., 2004/7, 119–137.
- TANKÓ GY.: Életvitel a Gyimesekben, Székelyudvarhely, Erdélyi Gondolat, 2001.
- TÁTRAI ZS.: Gyász, in Ortutay Gyula (főszerk.): *Magyar Néprajzi Lexikon*, 2. köt., F–Ka, Budapest, Akadémiai, 1979, 339–340.
- ÚJSZÁSZY K.: *A falu. Útmutatás a falu tanulmányozásához*, Hasonmás kiadás, Sárospatak, Kazinczy Ferenc Társaság, 1936/1992.
- VADAS GY. – VERESS A.: *Az ördög cimborája: A felcsíki öngyilkosságokon túl...*, Csíkszereda, Státus, 2012.
- VIRT I.: Halállal kapcsolatos szokások és hiedelmek hagyományozódásának jellemzői hárompatak falvaiban, in Tomisa Ilona (szerk.): *Hárompatak. Egy ismeretlen néprajzi kistáj Erdély és Moldva határán*, Budapest, MTA Néprajzi Kutatóintézete, 2003, 251–300.
- WISSE, J.: *Selbsmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, W. J. Thieme et Cie., 1933.

AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK VIZSGÁLATA



HEGEDŰS RITA

BEVEZETÉS

Sokszor előfordul, hogy egyes halálesetekről azt beszélnek, hogy öngyilkosság történt. Ilyenkor megoszlanak a vélemények arról, hogy mekkora a szégyen, mekkora a tragédia, jól tette-e az illető, amit tett stb. Amikor egy fiatal vagy esetleg gyermek a rossz jegye miatt öli meg magát, az erről szóló beszámolókat viszont általános felzúdulás, elborzadás követi.¹ Hasonló közfelháborodást váltanak ki az olyan – az utóbbi években többször is megtörtént – esetek is, amikor egy cég munkavállalóinak körében sorozatos öngyilkosságokra derül fény.² Ugyanakkor az olyan hírek is szaporodnak, amelyek az eutanázia egyes országokban megfigyelt növekedésének trendjéről számolnak be, s ezek általában inkább szakértői elemzést kapnak, vagy vitát váltanak ki, mintsem egységes ítélezést.³ De vajon fontos-e, hogy mit gondolnak az emberek az öngyilkosságról, önkéntes halálról, van-e köze az attitűdöknek a tényleges öngyilkossági rátákhoz, s van-e gyakorlati haszna az önpusztításhoz kapcsolódó vélemények vizsgálatának?

ATTITŰDÖK ÉS VISELKEDÉS

Az attitűdök természetesen összefüggenek a viselkedéssel, s erre vannak adatok az öngyilkosság esetében is. *Egyéni* szinten egyértelműen rendre kimutatják,

¹ Például: <https://www.szeretlekmagyarorszag.hu/ki-a-felelos-azert-ha-egy-9-eves-kisfiu-ongyilkos-lesz-mert-rossz-jegyet-kapott/>; http://eduline.hu/felsooktatas/2011/4/20/20110417_korea_elitegyetem_diaak_ongyilkossag (Letöltés: 2018. május 4.)

² Például: http://hvg.hu/tudomany/20180109_ongyilkossag_a_foxconn_gyarban; <http://lemon.hu/2016/04/10/az-orszag-ahol-annyian-halnak-meg-tuloraban-hogy-mar-kulon-szavuk-van-ra/> (Letöltés: 2018. május 4.)

³ Például: <https://www.vg.hu/kozelet/egyre-tobben-kerik-az-eutanaziat-hollandiaban-566323/> (Letöltés: 2018. május 4.)

hogy akik megengedőbb hozzáállást képviselnek, azok körében jóval nagyobb az öngyilkossági kockázat,⁴ illetve fordítva, akik maguk már a veszélyeztetettek körébe sorolhatók vagy voltak öngyilkossággal kapcsolatos cselekedeteik (öngyilkos gondolatok, tervek, netán kísérletek), azok elfogadóbbak.⁵ Mint Salander Renberg és társai⁶ felhívják rá a figyelmet, az előzetes öngyilkossági tapasztalatok – akár saját, akár fontos másik emberé – növelik az elfogadást, és az elfogadás növeli a jelenlegi öngyilkossági gondolatok valószínűségét.

Aggregált szinten a kapcsolat kevésbé egyértelmű. Vannak eredmények, amelyek szerint a megengedőbb társadalmakban vagy közegekben gyakoribb az öngyilkosság előfordulása,⁷ mások nem találtak ilyen összefüggést.⁸

Összességében az attitűdök vizsgálata az öngyilkosság-kutatásban több szempontból is hasznos lehet: egyrészt az attitűdskála egyéni szinten sokszor helyettesítő mutatóként használható a veszély felmérésére, másrészt aggregált szinten az öngyilkossággal kapcsolatos vélemények a közmegejtélést is mutatják, ami pedig közvetetten szintén hatással lehet magára az öngyilkos viselkedésre is. Harmadrészt előnnyel járhat az ilyen típusú adatok használata azért is, mert így olyan tényezők hatását is vizsgálhatjuk, amelyekről nem tudunk már meghaltak esetén egyéni szintű információt gyűjteni, s ez különösen igaz az egyéni szintű összefüggések feltárása esetén.⁹

⁴ Jong Hyun Jung – Daniel V. A. Olson: Religion, stress, and suicide acceptability in South Korea, *Social Forces*, Vol. 92, 2014/3, 1039–1059; Steven Stack – Augustine J. Kposowa: Religion and suicide acceptability: a cross-national analysis, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 50, 2011/2, 289–306.

⁵ Urska Arnautovska – Onja T. Grad: Attitudes toward suicide in the adolescent population, *Crisis*, Vol. 31, 2010/1, 22–29.

⁶ Ellinor Salander Renberg – Heidi Hjelmeland – Roman Koposov: Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from General Population Surveys in Sweden, Norway, and Russia, *Suicide and Life Threatening Behavior*, Vol. 38, 2008/6, 661–675.

⁷ Például Philips Cutright – Robert M. Fernquist: The culture of suicide through societal integration and religion: 1996–1998 gender-specific suicide rates in 50 American states, *Archives of Suicide Research*, Vol. 8, 2004/3, 271–285.

⁸ A Salander Renberg–Jacobson szerzőpáros egy 2001-es, longitudinális vizsgálatára hivatkozva mondja ezt Arnautovska és T. Grad (Attitudes toward suicide in the adolescent population).

⁹ Kivételes lehetőség, amikor például az öngyilkosságban meghaltak rokonaitól felvilágosítást kaphatunk (Moksony Ferenc – Hegedűs Rita: Religion and suicide: how culture modifies the effect of social integration, *Archives for Suicide Research*, 2018, doi.org/10.1080/13811118.2017.1406830), vagy amikor olyan hosszú távú követéses vagy regiszterjellegű vizsgálatot van módunk végezni, amelyben a résztvevők körében idővel – sajnálatos módon – ilyen típusú halálozás is bekövetkezik.

A 2008. ÉVI EURÓPAI ÉRTÉKRENDKUTATÁS ADATAI ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁGI ARÁNYSZÁMOK

Hogy összevethessük, mennyire tér el a napjaink európai tendenciáiról kapott kép a kétféle mutató – vagyis az attitűdök és az öngyilkossági statisztikák – segítségével kapott eredmények szerint, érdemes egy pillantást vetni egy nemzetközi felmérés, az *Európai értékrendkutatás* (a továbbiakban: EVS) legutóbbi, 2008-as hullámában szereplő, öngyilkossággal kapcsolatos attitűdkérdés országonkénti átlagaira és a hozzá időben két legközelebbi, rendelkezésre álló nemzetközi adatsorra, a 2005-ös és a 2010-es országszintű öngyilkossági rátákra (lásd az 1. táblázatot). 38 országra lehetett elérni mindkét adatállományban információt. A táblázat harmadik oszlopában az elfogadási szint, a második és negyedik oszlopában pedig az öngyilkossági arányszámok találhatók. A jobb értelmezhetőség kedvéért az országok átlaga is szerepel, s az annál magasabb értékek félkövérrel vannak szedve mindhárom oszlopban.

Ahogy ezt az 1. táblázat is mutatja, 2005-ről 2010-re némileg csökkent az öngyilkossági arányszám az európai országok átlagában, de ennek nincs köze az attitűdök változásához.

Az országoknak a kétféle mutató átlag alatti és körüli, illetve átlag feletti szintjét figyelembe véve négy típusát lehet megkülönböztetni: (Lásd az 1. a és 1. b ábrát):

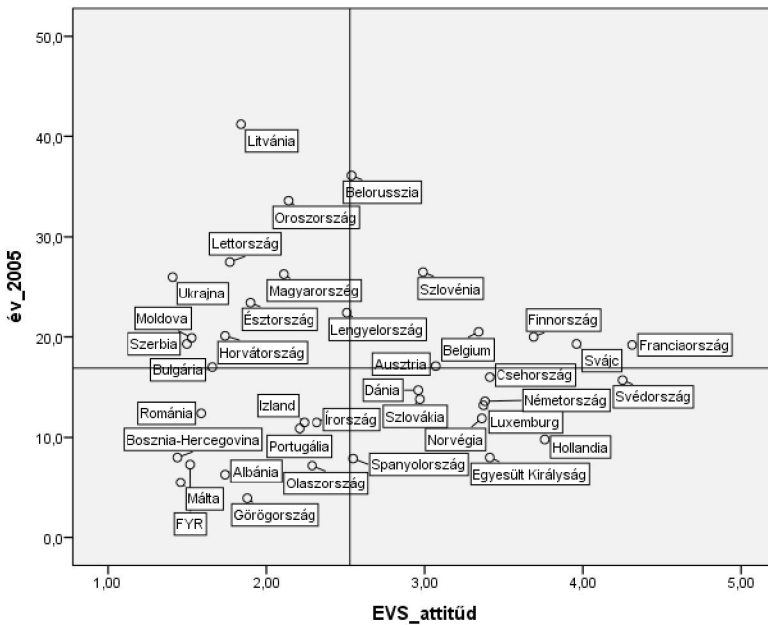
1. Alacsony elfogadási szint és alacsony öngyilkossági arányszám – vagyis következetesen öngyilkosság-ellenes mintázat. Az ide tartozó országok zömével dél-európaiak és nem protestánsok (katolikus, ortodox vagy muszlim többségűek). Írország ugyan északi, de Európa „legkatolikusabb” országa. Izland viszont északi és protestáns is, s ezzel ki is rí e csoportból.
2. Alacsony elfogadási szint, de magas öngyilkossági arányszám – vagyis elmentmondásos helyzet: a társadalom elutasítja, de viszonylag sokan mégis megteszik. Ide kivétel nélkül a volt szocialista blokk országai kerültek.¹⁰
3. Magas elfogadási szint, de alacsony öngyilkossági arányszám – vagyis elfogadó, liberális szemlélet, anélkül, hogy a tettek szintjén átlépnének egy küszöböt. Csehország, Szlovákia és Spanyolország kivételével csupa északi, jómódú ország a tagja e csoportnak. A zömük protestáns.

¹⁰ Érdemes itt utalni arra az 1994-es adatokkal dolgozó magyar vizsgálatra, amely megállapította, hogy az ország délkeleti – kifejezetten magas öngyilkosságú arányszámú – régiójában mennyire ellentmondásos az öngyilkossághoz való hozzáállás: miközben megértik az ilyen tettet, elkövetőjét gyávának tartják, s nem szeretnék, ha ilyen hír megjelenne rokonukról (lásd Moksony Ferenc: Az öngyilkosság területi különbségei, in uő: *Gondolatok és adatok* – MTA doktori értekezés, 2002, Budapest, kézirat, 125–157.).

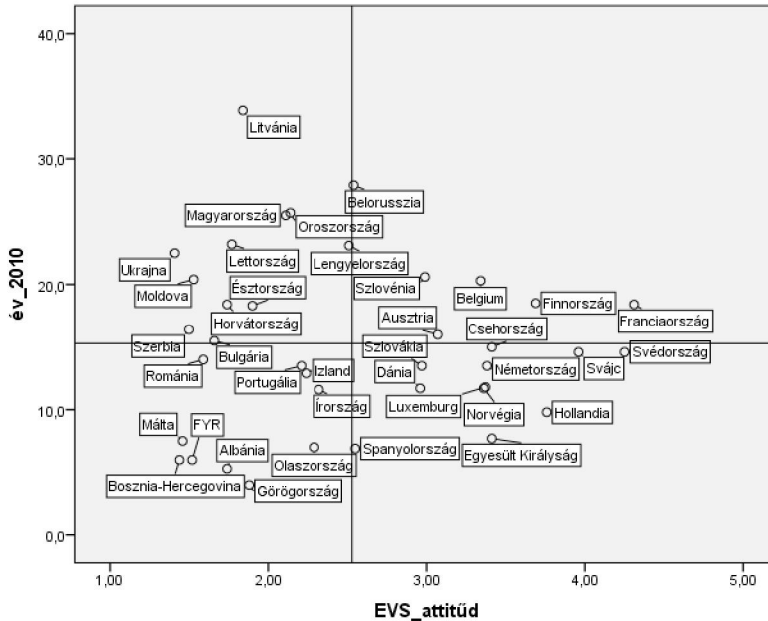
4. Magas elfogadási szint magas arányszámmal – vagyis következetes öngyilkosság-pártiság. A legkisebb, vegyes csoport, szinte mindegyik ország a régi nyugati blokk tagja, illetve a „legnyugatibb” volt szocialista ország, Szlovénia. Innen került ki az egyetlen, a 2005-ös megfigyelésről a 2010-esre csoportváltó ország, Svájc, mivel az öngyilkossági rátája jelentős csökkenést mutatott fel.

1. a) és b) ábra. Az öngyilkossággal szembeni attitűd és a 2005-ös és a 2010-es öngyilkossági arányszám szerinti országtípusok

a)



b)



1. táblázat. Az öngyilkosság elfogadása és az öngyilkossági arányszám Európa egyes országaiban, EVS2008 és WHO2005

Ország	Öngyilkossági arányszám, WHO 2005*	Az öngyilkosság elfogadási skála-értéke, EVS 2008**	Öngyilkossági arányszám WHO 2010*
Albánia	6,3	1,74	5,3
Ausztria	17,1	3,07	16,0
Belorusszia	36,1	2,54	27,9
Belgium	20,5	3,34	20,3
Bosznia–Hercegovina	8,0	1,44	6,0
Bulgária	17,0	1,66	15,5
Csehország	16,0	3,41	15,0
Dánia	14,7	2,96	11,7
Egyesült Királyság	8,0	3,41	7,7
Észtország	23,4	1,90	18,3

Finnország	20,0	3,69	18,5
Franciaország	19,2	4,31	18,4
FYR	7,3	1,52	6,0
Görögország	3,9	1,88	4,0
Hollandia	9,8	3,76	9,8
Horvátország	20,1	1,74	18,4
Írország	11,5	2,32	11,6
Izland	11,5	2,24	12,9
Lengyelország	22,4	2,51	23,1
Lettország	27,5	1,77	23,2
Litvánia	41,2	1,84	33,9
Luxemburg	13,2	3,37	11,8
Magyarország	26,3	2,11	25,5
Málta	5,5	1,46	7,5
Moldova	19,9	1,53	20,4
Németország	13,6	3,38	13,5
Norvégia	11,9	3,36	11,7
Olaszország	7,2	2,29	7,0
Oroszország	33,6	2,14	25,7
Portugália	10,9	2,21	13,5
Románia	12,4	1,59	14,0
Spanyolország	7,9	2,55	6,9
Svájc	19,3	3,96	14,6
Svédország	15,7	4,25	14,6
Szerbia	19,3	1,50	16,4
Szlovákia	13,8	2,97	13,5
Szlovénia	26,5	2,99	20,6
Ukrajna	26,0	1,41	22,5
<i>Átlag</i>	<i>16,9</i>	<i>2,53</i>	<i>15,3</i>

Forrás: EVS 2008, saját számítás és WHO: Global Health Observatory data repository¹¹

* 100.000 főre jutó öngyilkosságok száma, tisztítatlan arányszám

** A „Mikor tartja megengedhetőnek az öngyilkosságot?” kérdés 1–10-ig terjedő skáláján (1: soha, 10: mindig) kapott értékek átlaga az adott ország mintáján

¹¹ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en> (Letöltés: 2018. május 7.)

AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL KAPCSOLATOS ATTITÜDÖK MÉRÉSE

Az előző példában az öngyilkossággal kapcsolatos attitűd mérésének egyik legegyszerűbb módszerét alkalmaztuk, amikor egyetlen kérdést, az öngyilkosság megítélését, konkrétan megengedhetőségét vizsgáltuk. Ezzel a kutatásokban gyakori eljárással éltünk, sokszor fordul elő, hogy az elfogadás/elutasítás, illetve megengedhetőség mértékére vonatkozóan tesznek fel kérdést vagy kérdéseket. Irányulnak kérdések ugyanakkor az öngyilkosság motívum szerinti típusaira is (pl. gyógyíthatatlan betegség, életuntság, rossz anyagi helyzet stb.), valamint megszokták különböztetni az általános, elvi álláspontot attól, hogy a kérdezett egy konkrét helyzetben maga mit tenne. Számtalan attitűdskálát állítottak össze a témában, némelyik egész sor tételt válaszoltat meg – ezekről jó áttekintést adnak Ghasemi és társai.¹²

Az öngyilkosság megítélésének vizsgálatától a tényleges viselkedés elemzése felé való elmozdulás az *öngyilkossági gondolatok* kutatása (az ún. *suicidal ideation*, vagyis annak vizsgálata, hogy az illető fontolgatta-e az öngyilkosságot). A kettő persze összefügg: ahogy már feljebb láttuk, aki elfogadja az öngyilkosságot, az hajlamosabb arra is, hogy öngyilkossági gondolatai legyenek. Ez utóbbi viszont – ahogy kiderül Joe és társai vizsgálatából is¹³ – könnyen elvezet az öngyilkosság konkrét tervezgetéséhez, ami pedig növeli az öngyilkosság kockázatát. A szerzők a fiatalok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjei terén fennálló nemi és etnikai különbségeket vizsgálják. Észlelvén, hogy csökkent a különbség a fehérek és a feketék között mind az attitűdökben, mind az öngyilkos viselkedésben, és hogy ez jelentős részben annak volt köszönhető, hogy az afroamerikai fiatal férfiak körében növekedett mind az öngyilkossági arány, mind pedig az öngyilkossággal szembeni elfogadó attitűd, tulajdonképpen arra kíváncsiak, hogy kimutatható-e a kapcsolat az elfogadó attitűd, illetve az öngyilkossági gondolatok és tervek – mint az öngyilkosság egyik igen jó előjelzője – között. Mint mondják, ez azért is különösen fontos kérdés, mert akiknek körében a reménytelenség érzése erős, azok körében az elfogadó attitűd még inkább megnövelheti a konkrét öngyilkos tett elfogadásának és megkísérlésének esélyét. Így amikor a fiatal fekete férfiak körében az öngyilkosság elfogadásának trendjével egy időben a reménytelenség érzése is nő, akkor ez az anómiás öngyilkosság melegágya.

¹² Parvin Ghasemi – Abdolreza Shaghghi – Hamid Allahverdipour: Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article, *Health Promotion Perspectives*, Vol. 5, 2015/3, 156–168.

¹³ Sean Joe – Daniel Romer – Patrick E. Jamieson: Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults, *Suicide Life Threat Behavior*, Vol. 37, 2007/2, 165–178.

Kapcsolódik a témakörhöz az *eutanázia* megítélése is, bár ez messzebb vezet, és önálló, egyre nagyobb anyaggal rendelkező kutatási terület. Itt az eutanáziával kapcsolatos általános vélekedéstől az eutanázia bevezetésének megítélésén át¹⁴ a saját életünkről való döntésről vallott véleményig (pl. hogy konkrétan milyen életvégi ellátást szeretne valaki)¹⁵ számos kérdést vizsgálnak a kutatók.

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGÍTÉLÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Ahogy az eddigiekben láttuk, élénken foglalkoztatja a kutatókat, illetve az öngyilkosság-megelőzésben dolgozó szakembereket az attitűdöktől a tettekig vezető út. Nem kevésbé izgalmas – és közvetetten szintén akár gyakorlati haszonnal is kecsegető – kérdés ugyanakkor az is, hogy mi áll az attitűdök mögött, azokra mi hat.

A kutatások egy jelentős része megpróbálja megragadni a legjellemzőbb motívumokat. Ilyen például a Sawyer–Sobal szerzőpáros¹⁶ munkája is. Az USA-ban végzett, 1982-es *General Social Survey* vizsgálat adatait használó elemzés szerint az öngyilkossággal kapcsolatos megítélést az életpártiság és a libertianizmus befolyásolja, de az élettel való elégedettség, az anómia és a társadalmi részvétel nem. A kutatók által vizsgált négy, Guttman-skálát alkotó tétel a következő volt: a kérdezettnek gyógyíthatatlan betegsége van; elfáradt már az életben és kész a halálra; családi problémái vannak; anyagi csődbe került.

Stack¹⁷ Durkheimig visszanyúló kérdést dolgoz fel, amikor a házasság megővő szerepét elemzi, s megállapítja, hogy a házasság csökkenti az öngyilkosság *elfogadását* is, de a férfiak esetében jobban.

Számos kutatás emeli ki a *vallás* öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökre gyakorolt hatását. Neeleman és társai¹⁸ például afroamerikai és fehér amerikaiakat hasonlítanak össze egy 1990-es, a felnőtt amerikaiakra reprezentatív mintát

¹⁴ Lásd például MacDonald munkáját (William L. MacDonald: The difference between Blacks' and Whites' attitudes toward voluntary euthanasia, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 37, 1998/3, 411–426.)

¹⁵ Például Shane Sharp – Deborah Carr – Cameron MacDonald: Religion and end-of-life treatment preferences: assessing the effects of religious denomination and beliefs, *Social Forces*, Vol. 91, 2012/1, 275–298.

¹⁶ Darwin Sawyer – Jeffery Sobal: Public attitudes toward suicide – demographic and ideological correlates, *The Public Opinion Quarterly*, Vol. 51, 1987/1, 92–101.

¹⁷ Steven Stack: Gender, Marriage, and Suicide Acceptability: A Comparative Analysis, *Sex Roles*, Vol. 38., 1998/7–8, 501–520.

¹⁸ Jan Neeleman – Simon Wessely – Glyn Lewis: Suicide acceptability in African- and white Americans: The role of religion, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 186, 1998/1, 12–16.

vizsgálva. A vallási ortodoxia és a vallási elköteleződés szerepét erősítik meg, de a konkrét esetben lényegében arra a következtetésre jutnak, hogy összetételhatás áll fenn: az, hogy a feketék jóval elutasítóbbak az öngyilkossággal szemben, legnagyobbbrészt annak köszönhető, hogy körükben magasabb az előbb említett vallási ortodoxia és elköteleződés. Egyébként, mint rámutatnak, ezek a tényezők elválaszthatók a vallásgyakorlástól és a felekezeti kötődéstől.

Izgalmas kérdést boncolgat Jelen,¹⁹ amikor az egyesült államokbeli keresztény vallási irányok (katolikusok, főárambeli protestánsok és az ún. „evangéliumi kereszténység”-et képviselő protestánsok) morális kérdésekkel – köztük az öngyilkossággal, eutanáziával, abortusszal – kapcsolatos attitűdeggyüttesének létét vagy hiányát helyezi érdeklődése középpontjába, s arra jut, hogy csak az utolsó csoport az, amelyikben konzisztens „csomag” él és hat, de ott is csak a szexualitika és a nemi szerepek területén. Ezek szerint csak korlátozottan igaz az, hogy egy adott vallás erkölcsi tanítását elfogadva egyértelműen meghatározott minden erkölccsel kapcsolatos attitűd.

Stack és Kposowa²⁰ összegző elemzést készített a vallás önpusztításra vonatkozó attitűdökre gyakorolt hatásáról. Kutatásukban a *World Values Survey* első négy hullámát használták, 56 ország mintegy 50 ezer esetét bevonva. Integrált, többszintű modellt alkalmaztak, amelyben mind egyéni, mind országszintű adatokat bevontak az elemzésbe. A vallás hatását megállapításuk szerint négy mechanizmus magyarázhatja, ezek a vallás durkheimi értelemben vett társadalmi integráló hatása, a vallásos elköteleződés megóvó ereje, a vallásos kapcsolatháló mint védőfaktor és végül a vallás mint morális közösség befolyása. Az ezekből levezetett négy hipotézisük szerint kevésbé fogja elfogadni az öngyilkosságot az, aki (1) tagja valamilyen felekezetnek, (2) egy hittételek elfogadását mérő skála szerint vallásilag „ortodox”, (3) többet találkozik a vallási közössége tagjaival, és végül aki (4) „vallásosabb” társadalom tagja – azaz nagy a templomba járással mért vallásosság átlagos szintje az országában. Eredményeik szerint kimutatható mind a négy tényező hatása, de különösen a legutolsó szerepe emelhető ki.

Az eddigieken is túlmutat a szerzőpáros újabb elemzése,²¹ amely rendszerben szemléli az értékek átalakulását, s nem pusztán egy-egy jellemzőt emel ki. A vizsgálat a *World Values Survey* negyedik hullámának adatait használta, 56 ország több mint 53 ezer válaszadójával, s a szerzők arra jutottak, hogy az ún.

¹⁹ Ted G. Jelen: Religious belief and attitude constraint, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 29, 1990/1, 118–125.

²⁰ Steven Stack – Augustine J. Kposowa: Religion and suicide acceptability: a cross-national analysis, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 50, 2011/2, 289–306.

²¹ Steven Stack – Augustine J. Kposowa: Culture and suicide acceptability: a cross-national, multilevel analysis, *The Sociological Quarterly*, Vol. 57, 2016/2, 282–303.

önkifejeződés (*self-expressionism*) értékével jellemezhető személyek minden más szemponttól függetlenül mindenütt magasabb mértékben fogadják el az öngyilkosságot, mint mások. Ez a *self-expressionism* olyan értékeket foglal magában, mint például a tolerancia és a posztmaterializmus. Szerintük ez egy új kulturális képződmény, ami mindentől független saját hatással bír az öngyilkosságra. Sőt azt is megállapítják, hogy ha valaki olyan országban él, amely magasabb szintű „önkifejeződési szinttel” rendelkezik, s ő egyénileg is ilyen, akkor jóval nagyobb eséllyel fogja elfogadni az öngyilkosságot.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálatával foglalkozó eddigi kutatások megmutatták, hogy az attitűdök és a cselekvés egyéni szinten összefüggenek, s társadalmi szinten sem lehet kizárni a kapcsolatot. Az mindenesetre látszik, hogy egyes országcsoportok jellegzetes különbségeket mutatnak fel az elfogadás és a tényleges öngyilkosságok arányszámának kapcsolatát illetően.

Az önpusztításra irányuló attitűdök mögött számtalan tényezőt emelnek ki a kutatók, ezek egy része egyéni tulajdonság vagy demográfiai helyzet. Kiemelkedő a vallás és az értékrend említése.

BIBLIOGRÁFIA

- ARNAUTOVSKA, Urska – GRAD, Onja T.: Attitudes toward suicide in the adolescent population, *Crisis*, Vol. 31, 2010/1, 22–29.
- CUTRIGHT, Philips – FERNQUIST, Robert M.: The culture of suicide through societal integration and religion: 1996–1998 gender-specific suicide rates in 50 American states, *Archives of Suicide Research*, Vol. 8, 2004/3, 271–285.
- GHASEMI, Parvin – SHAGHAGHI, Abdolreza – ALLAHVERDIPOUR, Hamid: Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article, *Health Promotion Perspectives*, Vol. 5, 2015/3, 156–168.
- JELLEN, Ted G.: Religious belief and attitude constraint, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 29, 1990/1, 118–125.
- JOE, Sean – ROMER, Daniel – JAMIESON, Patrick E.: Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults, *Suicide Life Threat Behavior*, Vol. 37, 2007/2, 165–178.
- JUNG, Jong Hyun – OLSON, Daniel V. A.: Religion, stress, and suicide acceptability in South Korea, *Social Forces*, Vol. 92, 2014/3, 1039–1059.

- MACDONALD, William L.: The difference between Blacks' and Whites' attitudes toward voluntary euthanasia, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 37, 1998/3, 411–426.
- MOKSONY Ferenc: Az öngyilkosság területi különbségei, in: uő: *Gondolatok és adatok – MTA doktori értekezés*, 2002, Budapest, kézirat, 125–157.
- MOKSONY Ferenc – HEGEDŰS Rita: Religion and suicide: how culture modifies the effect of social integration. *Archives for Suicide Research*, 2018, doi.org/10.1080/13811118.2017.1406830.
- NEELMAN, Jan – WESSELY, Simon – LEWIS, Glyn: Suicide acceptability in African- and white Americans: The role of religion, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 186, 1998/1, 12–16.
- SALANDER RENBERG, Ellinor – HJELMELAND, Heidi – KOPOSOV, Roman: Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from General Population Surveys in Sweden, Norway, and Russia, *Suicide and Life Threatening Behavior*, Vol. 38, 2008/6, 661–675.
- SAWYER, Darwin – SOBAL, Jeffery: Public attitudes toward suicide – demographic and ideological correlates, *The Public Opinion Quarterly*, Vol. 51, 1987/1, 92–101.
- SHARP, Shane – CARR, Deborah – MACDONALD, Cameron: Religion and end-of-life treatment preferences: assessing the effects of religious denomination and beliefs, *Social Forces*, Vol. 91, 2012/1, 275–298.
- STACK, Steven: Gender, marriage, and suicide acceptability: a comparative analysis, *Sex Roles*, Vol. 38, 1998/7–8, 501–520.
- STACK, Steven – KPOSOWA, Augustine J.: Culture and suicide acceptability: a cross-national, multilevel analysis, *The Sociological Quarterly*, Vol. 57, 2016/2, 282–303.
- STACK, Steven – KPOSOWA, Augustine J.: Religion and suicide acceptability: a cross-national analysis, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 50, 2011/2, 289–306.

ÜNNEPEK, VÁLASZTÁSOK, SPORTESEMÉNYEK ÖNGYILKOSSÁGI TRENDEK JELES NAPOKON



KMETTY ZOLTÁN – PALUSEK ERIK

BEVEZETÉS

A szakirodalom számos olyan okot ismer és sorol fel, amely megnöveli vagy lecsökkenti az öngyilkosságok kockázatát. Ebben a könyvben több aspektusból is vizsgálják a szerzők ezeket a tényezőket. Tanulmányunkban mi a jeles napokra koncentrálunk, tehát azokra a személyes vagy társadalmi eseményekre, amelyek megváltoztatják vagy megváltoztathatják a személyes életünket, kollektív módon hatnak a személyes és társadalmi pszichére. Az első alfejezetben a születésnap hatására koncentrálunk, tehát azokat az eredményeket foglaljuk össze, amelyek a születésnap (és a környező napok) hatását vizsgálták az öngyilkossági arányszámokra. A második fejezetben a személyes szférától kicsit elszakadva az egyházi és az állami ünnepnapok hatását vizsgáljuk meg. A tanulmány utolsó részében pedig olyan kollektív „ünnepeket” veszünk górcső alá, mint a nagy sportesemények, illetve a politikai választások. Mindegyik tematikai blokk első felében bemutatjuk a nemzetközi irodalmat – a legkurrensebb tanulmányokat is felhasználva –, a második részben pedig összefoglaljuk a hazai kutatási eredményeket.

Tanulmányunk nem törekszik arra, hogy új eredményeket hozzon ezen a kutatási területen, célunk elsősorban az, hogy összefoglaljuk azoknak a munkáknak az eredményét, amelyek a 70-es évek óta születtek a témában.

SZÜLETÉSNAPOK

Nemzetközi eredmények

A Wasserman–Stack szerzőpáros a múlt század kilencvenes éveiben arra a kérdésre kereste a választ, hogy az öngyilkosságot elkövető egyének születésnapjának időpontja, illetve annak időbeli közelsége milyen hatással van az

öngyilkosságok számának alakulására, ahogy azt is megvizsgálták, hogy tapasztalható-e valamilyen különbség egyes, kiemelt korcsoportokon belül az öngyilkosságok számát illetően.¹ Munkájukat egy néhány évvel korábban született tanulmány eredményei ihlették, amelyben a Barraclough–Hughes szerzőpáros arról számolt be, hogy a 75 évesek és annál idősebbek körében nagyobb a születésnaphoz viszonyított harminc napon belül elkövetett öngyilkosságok aránya, mint más korcsoportoknál.²

Wasserman és Stack a fentiekben ismertetett kutatópáros módszereit megismételve vizsgált hasonló kérdéseket. Az Ohio tagállamban 1989 és 1991 között elkövetett 3948 öngyilkosságról készült statisztika jelentette a kutatásukhoz használt mintát. Két korcsoportot határoztak meg: a 75 évestől fiatalabbakat és a 75 évestől idősebbeket, az évszakok hatásának vizsgálatára pedig 11-11 kétértékű változót hoztak létre, amelyekkel a születésnap és az elhalálozás hónapját jelölték meg (decembert mindkét esetben kihagyták). Vizsgálták még az elkövetők nemét, családi állapotát, etnikumát, illetve iskolázottságát.³

Az eredményeik azt mutatták, hogy az elkövetők születésnapjához viszonyított 30 napon belül elkövetett öngyilkosságok (61,67 öngyilkosság), illetve a születésnaphoz viszonyított 30 napos időtartományon kívül eső öngyilkosságok száma (68 öngyilkosság) között arányaiban nem tapasztalható szignifikáns különbség.⁴ A 75 évestől fiatalabbak és a 75 évesek vagy attól idősebbek körében sem tapasztaltak eltérést a születésnaphoz viszonyított időtartományokban elkövetett öngyilkosságok számának arányaiban. Az elemzésbe bevont szociodemográfiai jellemzők mentén sem tapasztaltak eltérést a vizsgált korosztályok által, a vizsgált időtartományokban elkövetett öngyilkosságok számának alakulásában.⁵

A Chuang–Huang szerzőpáros a fentiekben ismertetett Barraclough és Hughes, illetve Wasserman és Stack által végzett kutatást ismételte meg egy az angoltól és az amerikaitól lényegesen eltérő társadalomban.⁶ Mintájukat a Tajvanban 1988 és 1990 között elkövetett 4712 öngyilkosságról készült statisztika adta. Módszertanuk megegyezett a Wasserman és Stack által alkalmazottal,⁷ azzal a különbséggel, hogy a szociodemográfiai változók közül (az életkor

¹ Ira Wasserman – Steven Stack: Age, birthdays and suicide, *The Journal Of Social Psychology*, 134, 4, 1994, 493–495.

² Brian Barraclough – Jennifer Hughes: *Suicide: Clinical and epidemiological studies*, London, Croom Helm, 1987.

³ Uo., 494.

⁴ Uo.

⁵ Uo.

⁶ Hwei-Lin Chuang – Wei-Chiao Huang: Age, birthdays and suicide in Taiwan, *The Journal of Social Psychology*, 136, 5, 1996, 659–660.

⁷ Wasserman – Stack: Age, birthdays and suicide, 493–495.

mellett) csak az elkövetők nemét és családi állapotát vonták be az elemzésbe. Elemzésükben nem találtak statisztikailag szignifikáns eltérést a születésnaphoz viszonyított 30 napon belül, illetve a 30 napos időtartományon túl elkövetett öngyilkosságok arányai között. A vizsgált korcsoportok között sem találtak különbséget az öngyilkosságok arányaiban.⁸ A szociodemográfiai változók mentén végzett összehasonlítás sem mutatott eltérést az öngyilkosságok számának alakulásában. A szerzőpáros ezzel megcáfolta Wasserman és Stack azon hipotézisét is, miszerint a születésnapok időpontjához viszonyított öngyilkosságok számának alakulása különböző korcsoportokon belül, különböző kultúrákban eltér egymástól.⁹

Jessen és Jensen is arra a kérdésre keresték a választ, hogy vajon befolyásolja-e az öngyilkosságot elkövetőket a születésnapjuk vagy annak közelsége, illetve más fontosabb ünnepek.¹⁰ Összesen 32 291, 1970 és 1994 között, Dániában feljegyzett esetet vizsgáltak, azzal, hogy a február 29-én születetteket kihagyták az elemzésekből. A születésnap esetében a születésnapot megelőző, illetve az azt követő egyhetes időszakot vizsgálták. A születésnapot megelőző héten (két nap kivételével) az átlagoshoz képest esést tapasztaltak az öngyilkosságok számában, az utána következő hét napban pedig (egy nap kivételével) emelkedő tendenciát figyeltek meg, ezek az eredmények azonban nem voltak statisztikailag szignifikánsak, és a nemek, valamint a korcsoportok között sem találtak eltérést.¹¹

David Lester azt vizsgálta, hogy az amerikai első ligában versenyző baseballcsapatok játékosai körében elkövetett öngyilkosságoknak lehet-e közük az elkövetők születésnapjához vagy annak időbeli közelségéhez.¹² Lester 2004-ben a www.thedeadballera.com weboldalon dokumentált 74, profi baseballjátékosok által elkövetett öngyilkosságot vizsgálta meg. Összesen 17 elkövető oltotta ki az életét a születésnapja előtti vagy utáni 28 napon belül, ami magasabb, mint a becsült átlag (11,4).¹³ A kis minta miatt azonban ezekből az adatokból nem lehet messzemenő következtetéseket levonni.

Udo Reuelbach szerzőtársaival szintén arra kereste a választ, hogy a születésnapnak vagy annak időbeli közelségének van-e valamilyen hatása az

⁸ Chuang – Huang: Age, birthdays and suicide in Taiwan, 660.

⁹ Uo.

¹⁰ Gert Jessen – Borge F. Jensen: Postponed suicide death? Suicides around birthdays and major public holidays, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1999, 272–283.

¹¹ Uo., 275.

¹² David Lester: The “birthday blues” in a sample of major league baseball players’ suicides, *Perceptual and Motor Skills*, 101, 2005, 382–382.

¹³ Uo., 382.

öngyilkosságok számának alakulására.¹⁴ Kutatásuk mintáját a Bajorországban 1998. január 1. és 2003. december 31. között feljegyzett 11 378 öngyilkossági eset adta. Elemezték, hogy hogyan alakult az öngyilkosságok száma az elkövetők születésnapját megelőző, illetve azt követő 3 napban, 7 napban, 14 napban, 30 napban és 90 napban.¹⁵ Az adatok vizsgálatakor figyelembe vették az elkövető nemét és azt, hogy az öngyilkosság erőszakos (akasztás, fegyver vagy szándékosan előidézett közlekedési baleset stb. által) vagy erőszakmentes (mérgezés, gyógyszer stb. által) módon történt-e. A születésnaphoz viszonyított 3, 7, 14, 30, illetve 90 napon belül eső öngyilkossági esetek száma nem mutatott szignifikáns különbséget az átlaghoz képest, az erőszakmentes öngyilkosságok aránya viszont szignifikánsan alacsonyabb volt a születésnapot megelőző egy hét folyamán és szignifikánsan magasabb volt az azt követő 3 napban, 2 hétben, illetve egy hónapban. Az erőszakos módszerek alkalmazása viszont szignifikánsan alacsonyabb volt a születésnap utáni héten.¹⁶ A szerzők ugyan találtak figyelemre méltó összefüggéseket, eredményeik cáfolták a feltételezést, hogy a születésnap időbeli közelsége megnöveli az öngyilkossági kedvet az arra hajlamosak körében.

Williams és szerzőtársai a 2010-es évek elején jelentették meg azt a tanulmányukat, amely az eddigiektől némileg eltérő módszerekkel dolgozott: a szerzők az alapsokaság körében és külön, a pszichiátriai kezelés alatt állók körében elkövetett öngyilkosságok időpontját vetették össze a születés időpontjával.¹⁷ Eredményeik azt mutatják, hogy mind az alapsokaság, mind pedig a klinikai kezelés alatt állók körében az átlaghoz képest magasabb a születésnaphoz viszonyított három napon belül elkövetett öngyilkosságok aránya. Ez az állítás a 35 éves vagy attól idősebb férfiak esetében igazolódik be.¹⁸

Stickley és szerzőtársai a 2001 és 2010 között Japánban elkövetett és regisztrált 27 007 öngyilkossági eset adatainak vizsgálatával keresték a választ a kérdésre, hogy a születésnap vagy időbeli közelsége növelheti-e az öngyilkosság elkövetésének kockázatát.¹⁹ Az elemzésük azt mutatta, hogy a férfiak körében szignifi-

¹⁴ Udo Reulbach – Teresa Biermann – Katrin Markovic – Johannes Kornhuber – Stefan Bleich: The myth of the birthday blues: A population-based study about the association between birthday and suicide, *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2007, 554–557.

¹⁵ Uo., 555.

¹⁶ Uo.

¹⁷ Alyson Williams – David While – Kirsten Windfuhr – Harriet Bickley – Isabelle M. Hunt – Jenny Shaw – Louis Appleby – Navneet Kapur: Birthday blues: Examining the association between birthday and suicide in a national sample, *Crisis*, 32, 2011, 134–142.

¹⁸ Uo., 139.

¹⁹ Andrew Stickley – Chris Fook Sheng Ng – Yosuke Inoue – Aki Yazawa – Ai Koyanagi – Manami Kodaka – Jordan E. DeVlyder – Chiho Watanabe: Birthdays are associated with an increased risk of suicide in Japan: Evidence from 27,007 deaths in Tokyo in 2001–2010, *Journal of affective disorders*, 200, 2016, 259–265.

kánsan nagyobb az öngyilkosság elkövetésének esélye a születésnapot megelőző öt napos, illetve a születésnapot követő hét napos időszakban. A nők körében a születésnap utáni 7–11 nap mutatott szignifikánsan magasabb értékeket, mint az átlag. Azt is kimutatták, hogy a házas férfiak körében magasabb az öngyilkosság elkövetésének esélye a születésnapon vagy a születésnapot megelőző négy napban, illetve az azt követő két hét folyamán.²⁰ Az erőszakos módon elkövetett öngyilkosságok esélye a férfiak körében szignifikánsan magasabb a születésnap előtti hat napban, a nők körében pedig a születésnap előtti öt napban (de nem az aktuális születésnapon) az erőszakmentes módon elkövetett öngyilkosságok arányának növekedése volt statisztikailag szignifikáns.²¹

A Honick, Lester és Gunn által végzett nagymintás kutatás szintén annak megállapítására irányult, hogy a születésnapon vagy ahhoz időben közeli időpontokban nagyobb lehet-e az öngyilkosságok elkövetésének esélye, mint egyébként.²² Összesen 10 884 eset adatait vizsgálták meg, amelyeket a www.suicidememorialwall.com weboldaltól töltöttek le. A naponta átlagosan elkövetett öngyilkosságok száma 29,8 volt, míg 63 olyan esettel találkoztak, amikor az elkövető a születésnapján oltotta ki az életét.²³

Hazai eredmények

A Döme–Kapitány–Ignits–Rihmer kutatónégyes szintén azt feltételezte, hogy a születésnap kapcsolatban állhat az öngyilkosság elkövetésének veszélyével, ők azonban az eddigiekben ismertetett kutatásoktól eltérően nem az öngyilkosság és a születésnap időbeli távolságának összefüggéseit vizsgálták, hanem azt, hogy a születés ideje, pontosabban a születési évszak, milyen kapcsolatban állhat az öngyilkosságok elkövetésével.²⁴ A Magyarországon 1970 és 2008 között regisztrált 78 779 öngyilkosságot vizsgálták az 1930 és 1939, az 1941 és 1942 valamint az 1944 és 1969 között születettek körében.²⁵ Eredményeik azt mutatják, hogy a legkritikusabb időszakokban, azaz a tavaszi és nyári hónapokban születettek körében szignifikánsan magasabb az öngyilkosságot elkövetők aránya, mint

²⁰ Uo., 261.

²¹ Uo.

²² Brian Honick – David Lester – John F. Gunn: The Birthday Blues, in Marco Sarchiapone – Zoltán Rihmer (szerk.): *Suicidology, Online*, 7, 2016, 28–30. <https://pdfs.semanticscholar.org/0155/aaf23b20926eeca8679b51079b4fa67b39717.pdf#page=32> (Letöltés: 2018. február 26.)

²³ Uo., 29.

²⁴ Péter Döme – Balázs Kapitány – Györgyi Ignits – Zoltán Rihmer: Season of Birth is Significantly Associated with the Risk of Completed Suicide, *Biological Psychiatry*, 68 (2), 2010, 148–155.

²⁵ Uo.

azok között, akik télen vagy ősszel jöttek a világra. Az öngyilkosságok aránya a márciusban születettek körében ugyan mélyponton van, onnantól rohamosan emelkedik és a júliusi születésűek között éri el a csúcstát (7,6 százalékkal magasabb esély az átlaghoz képest). Az összefüggések erősebbek voltak az öngyilkosságot elkövető férfiak körében, ahogy az erőszakos és erőszakmentes módon elkövetett öngyilkosságok számának alakulása is összefüggésben állt az elkövetők nemével (a férfiak körében magasabb volt az erőszakos módon elkövetett öngyilkosságok aránya).²⁶ Vizsgálták azt is, hogy a születésnapot megelőző, illetve azt követő 3 és 7 napban elkövetett öngyilkosságok aránya eltér-e az átlagtól, itt azonban nem tudtak statisztikailag szignifikáns eredményeket kimutatni.²⁷

Zonda, Bozsonyi, Veres és Kmetty közös cikkükben az 1970 és 2002 közötti öngyilkossági adatokat dolgozták fel azzal a céllal, hogy megvizsgálják, van-e eltérés az öngyilkosságok számában a születésnapon és az ahhoz közel eső napokon.²⁸ Az általánosan használt módszerekhez képest szofisztikáltabb metodológiát használtak a szerzők, több módszerrel is vizsgálták, hogy van-e összefüggés a születésnapok és az öngyilkosságok között. A különböző módszerek ugyanahhoz az eredményhez vezettek, a férfiak esetében a születésnapokon szignifikánsan magasabb volt az elkövetés valószínűsége. Az esélyhányados a férfiak esetében 1.5 körül volt. A férfiak esetében minden korosztály esetében fennállt az összefüggés, de legerősebben a 60 évnél idősebbeknél domborodott ki. A női elkövetés esetében nem volt ilyen egyértelmű az eredmény, gyakorlatilag csak a 60 év feletti nők esetében lehetett szignifikáns összefüggést találni. A születésnapot körülvevő napokban viszont nem lehetett se magasabb, se alacsonyabb elkövetést detektálni.

Zonda és szerzőtársai második, részletesebb tanulmányukban tovább vizsgálták a kérdést, különböző háttérváltozókat bevonva.²⁹ Az eredményeik azt mutatják, hogy a magasabb öngyilkossági szám a születésnapokon egyaránt jelentkezik a házasoknál, a nem házasoknál, az elváltak esetében, az özvegyeknél, akárcsak vidéken és a fővárosban. Az elkövetés módja szerint (violens, nem violens) sem volt különbség a vizsgált kérdésben.

²⁶ Uo., 150.

²⁷ Uo., 152.

²⁸ Zonda, Tamás – Bozsonyi, Károly – Veres, Előd – Kmetty, Zoltán: Birthday effect in suicide behavior (1970–2000), *Review of Sociology*, 16 (2), 96–105.

²⁹ Zonda Tamás – Bozsonyi Károly – Kmetty Zoltán – Veres Előd – David Lester: The Birthday Blues: A Study of a Large Hungarian Sample (1970–2002), *Omega – Journal of Death and Dying*, 2015, 73 (1), 87–94.

ÜNNEPEK

Nemzetközi eredmények

David Lester és Aaron T. Back egy korábbi, a hatvanas évek végén született elemzés eredményeire támaszkodva foglalta össze az ünnepnapok és az öngyilkosságok számának alakulása közötti összefüggéseket.³⁰ A tanulmányhoz használt elemzésben összesen három forrást használtak: 1. a New Jersey-ben 1970-ben elkövetett 507, 2. a Philadelphiában 1972-ben elkövetett 236 öngyilkosságot, illetve 3. a Philadelphiai Általános Kórházban 1971 és 1972 folyamán regisztrált 254 öngyilkossági kísérlet.³¹

Összesen 28 fontosabb és kevésbé fontos ünnepet soroltak fel, amelyek közül 12 fontosabb ünnep hatását vizsgálták az öngyilkosságok számának alakulására. Az eredmények azt mutatták, hogy nincs eltérés az ünnepnapokon és az év egyéb napjain elkövetett vagy megkísérelt öngyilkosságok száma között.³²

A Phillips–Liu szerzőpáros szintén az ünnepok és az öngyilkosságok számának alakulása közötti összefüggéseket vizsgálta.³³ Az Amerikai Egyesült Államok területén 1972 és 1976 közötti időszakban elkövetett és regisztrált öngyilkosságok adatait dolgozták fel. Tanulmányukban elsősorban a minden év szeptemberének első hétfőjén megtartott munka ünnepe (*Labour Day*) körüli időszak adataira fókuszáltak. Eredményeik azt mutatták, hogy az ünnepet megelőző három napon és magán az ünnep napján is az átlaghoz képest jelentős visszaesés volt az öngyilkosságok számában, míg az ünnepet követő három napban az átlaghoz viszonyított növekedést tapasztaltak.³⁴

A munka ünnepén kívül még öt jeles ünnepnap körüli időszakot vizsgáltak meg, amelyeket mind az ötven tagállamban ugyanazon a napon ünnepelnek. Ezek a következők: újév napja, Washington ünnepe, függetlenség napja, háladási és karácsony. A munka ünnepe és az öngyilkosságok számának alakulása között talált összefüggések lényegében megismétlődtek a fent felsorolt öt ünnep esetében is.³⁵

³⁰ David Lester – Aaron T. Back: Suicide and national holidays, *Psychological Reports*, 36, 1975, 52.

³¹ Uo.

³² Uo.

³³ David P. Phillips – Judith Liu: The frequency of suicides around major public holidays: Some surprising findings, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 10, 1980, 41–50.

³⁴ Uo., 44.

³⁵ Uo., 45.

David Lester az öngyilkosságok mellett a gyilkosságok számának alakulását is vizsgálta nagypénteken, nagyszombaton, húsvét vasárnapján és húsvéthétfőn.³⁶ A szerző az 1972 és 1979 között az USA-ban feljegyzett öngyilkossági és gyilkossági eseteket vette figyelembe. Az öngyilkosságok számában nem talált az átlaghoz képest szignifikáns eltérést a vizsgált napokon, a gyilkosságok száma viszont magasabb volt az átlagnál nagyszombaton és húsvét vasárnapján és szignifikánsan magasabb volt az átlagnál nagypénteken, valamint húsvéthétfőn.³⁷

A Phillips–Wills szerzőpáros is arra volt kíváncsi, hogy egyes ünnepek, illetve az azokat megelőző és követő időszakok hogyan befolyásolhatják az öngyilkosságok számának alakulását.³⁸ Mintájukat az Egyesült Államokban 1973 és 1979 között regisztrált 188 047 öngyilkosság jelentette. A következő ünnepek körüli időszakokat vizsgálták: újév, a háborús hősök emléknapja (*Memorial Day*), a függetlenség napja, a munka ünnepe, hálaadás és karácsony.³⁹

Az eredményeik alapján, két csoportba különítették el a vizsgált ünnepeket. Az első csoportba tartozik az újév, a függetlenség napja és a munka ünnepe. A felsorolt jeles napok hatásának vizsgálatakor azt találták, hogy az ünnepet közvetlenül megelőző öt nap alatt jelentősen csökken és mélypontra süllyed az öngyilkosság elkövetésének esélye, az ünnep napján nőni kezd, az ünnepet követő szintén öt napban pedig ugrásszerűen megnő a kockázat és eléri csúcspontját. A két véglet között látványos kontraszt alakult ki.⁴⁰ A második csoportba a hálaadás napja, a háborús hősök ünnepe és a karácsony került be. Az ezeket az ünnepeket megelőző és követő öt napos időszakban nem lehet csúcsponttal beszélni, viszont felismerhető a tendencia, hogy az ünnep előtt, az ünnep alatt és az ünnepet követően is csökken az öngyilkosságok elkövetésének esélye, azzal, hogy a kockázat magán az ünnep napján a legalacsonyabb.⁴¹ Az összes ünnep hatásának együttes vizsgálatából kiderült, hogy az ünnepek előtt csökken, utánuk pedig nő az öngyilkosságok elkövetésének kockázata, és mélypontját az ünnep előtti napon, csúcspontját pedig az ünnep utáni napon éri el. A kontraszt ebben az esetben is látványos, de az ünnep előtti mélypont sokkal erőteljesebb, mint az ünnep utáni csúcs.⁴²

Egy másik, Valentin nap és karácsony hatását vizsgáló kutatás, a londoni kórházak azon közös adatbázisából vett mintát, amelyben a 17-től 78 évesig terjedő

³⁶ David Lester: Suicide and homicide at Easter, *Psychological Reports*, 61, 1987, 224.

³⁷ Uo.

³⁸ David P. Phillips – John S. Wills: A drop in suicides around major national holidays, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 1987, 1–12.

³⁹ Uo., 3.

⁴⁰ Uo., 4.

⁴¹ Uo., 5–6.

⁴² Uo., 7.

korosztályok által elkövetett vagy megkísérelt (de sikertelen) öngyilkossági esetek vannak feljegyezve. Az ünnepek mellett két kontroll napot vontak be a vizsgálatba az 1983 és 1989 közötti időszakból, amelyekre nem esett semmilyen ünnep.⁴³ Valentin napon ugyan magasabb volt az öngyilkosságok, illetve a megkísérelt öngyilkosságok száma, mint a kontroll napokon, az eltérés azonban ebben az esetben nem volt szignifikáns. Karácsony napján ugyanakkor szignifikánsan kevesebb esetet észleltek, mint a kontroll napokon, és kiderült, hogy az életkor ebben az esetben nem volt hatással az öngyilkosságok megkísérlésének esélyére.⁴⁴

Jessen szerzőtársaival egy nagy európai mintán vizsgálta a fontos európai ünnepek és az öngyilkossági kísérletek számának alakulása közötti összefüggéseket.⁴⁵ Munkájukhoz a *WHO/EURO Multicentric Study on Parasuicide* című tanulmány adatbázisát használták, amely összesen 13 központból (11 országból) befutó 24 388, 1989 és 1996 között, a 15 évesek és attól idősebbek körében feljegyzett öngyilkossági kísérlet dokumentációjából áll.⁴⁶ A vizsgálatba bevont ünnepeket a következő négy csoportba rendezték: 1. a karácsony és újév körüli ünnepek (a december 20. és január 10. közötti időszak), 2. a húsvét körüli ünnepek (a virágvasárnap előtti péntektől a húsvét utáni szerdáig tartó időszak), 3. a fontos egyenapos vallási ünnepek (Nagyboldogasszony napja, pünkösd, úrnapi, feltámadás, mindenszentek, szeplőtelen fogantatás), 4. az egyes államok fontos nemzeti ünnepei.⁴⁷ A hónapok első napjain ugyan tapasztaltak némi emelkedést az öngyilkosságok számában – ez leginkább január, május és december hónapok esetében volt észrevehető – de az eltérés így sem volt szignifikáns. Szignifikánsan több öngyilkossági kísérletet mutattak azonban ki a hónapok első felében, amikor 2,7 százalékkal több esetet észleltek, mint az egyes hónapok második két hetében. A karácsonyt megelőző napokon az átlagtól kevesebb esetet találtak (egyes napok esetében 35–40 százalékkal kevesebbet), a karácsony utáni néhány napot pedig az emelkedés jellemezte (a legmagasabb eltérés az átlagtól 39 százalékos volt). Újév napján közel 40 százalékkal volt magasabb az öngyilkossági kísérletek száma, mint amennyit az átlagszámítás alapján becsültek.⁴⁸ A húsvéti időszak

⁴³ Sarah J. Cullum – Jose Catalan – Kaye Berelowitz – Stephanie O'Brien – H. T. Millington – D. Preston: Deliberate self-harm and public holidays: Is there a link?, *Crisis*, 14, 1993, 39–42.

⁴⁴ Uo., 41.

⁴⁵ Gert Jessen – Borge F. Jensen – Ella Arensman – U. Bille-Brahe – P. Crepet – Diego De Leo – Keith Hawton – C. Haring – Heidi Hjelmeland – Konrad Michel – A. Ostam – Ellinor Salander Renberg – A. Schmidtke – B. Temesvary – D. Wasserman: Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99 (6), 1999, 412–418.

⁴⁶ Uo., 413.

⁴⁷ Uo., 414.

⁴⁸ Uo., 415.

alatt is az átlaghoz viszonyított szignifikáns eltéréseket tapasztaltak: nagypén-
teken, nagyszombaton és húsvét vasárnapján is alacsonyabb volt az öngyilkos-
sági kísérletek száma, mint a becsült átlag.⁴⁹ Püskösöd esetében azon országok
között fedeztek fel szignifikáns különbségeket, amelyekben a püskösödihétfő
munkaszüneti, illetve munkanap. Azokban az országokban, amelyekben a
püskösödihétfő munkaszüneti nap, az ünnepet megelőző három napban 22
százalékkal alacsonyabb volt az öngyilkosságok száma, mint azt az átlag alapján
várhatták volna. A püskösödihétfőt munkával töltő országok lakosainak körében
viszont a püskösödvásárnap utáni hétfőtől szerdáig terjedő időszakban volt az
átlagnál 33 százalékkal alacsonyabb a regisztrált esetek száma.⁵⁰ Az egyéb nem-
zeti ünnepek esetében nem fedeztek fel szignifikáns eltéréseket, két kivételtől
eltekintve. Az egyik kirívó adat Szeged városára és augusztus 20-ára (Szent Ist-
ván napja), illetve az azt követő napra vonatkozott, amikor négyszer nagyobb volt
az öngyilkosságok száma, mint azt az átlag előrevetítette. Norvégiában pedig az
alkotmány napját (május 17.) megelőző napon találtak több mint kétszer több ön-
gyilkossági kísérletet, mint amennyit a kiszámolt átlag sejteni engedett. Ezekből
az adatokból azonban a szerzők nem vontak le messzemenő következtetéseket,
mert mindkét esetben nagyon alacsony esetszámmal kalkuláltak.⁵¹

Jessen és Jensen korábban már említett tanulmányában,⁵² a születésnapok
mellett vizsgálták az ünnepnapok hatását is. A vizsgált ünnepeket három csoportba
osztották be: 1. a karácsony és újév körüli ünnepek, december 22-től január 3-ig
terjedő időszakban, 2. a húsvét körüli ünnepek, a virágvasárnapot megelőző
péntektől a húsvét utáni szerdáig, 3. az egynapos ünnepek: mennybemenetel,
püskösöd, püskösödihétfő, egy dán ünnep, a Store Bededag (ima ünnepe), május
elseje, nyárközép éjszakája (Szent Iván éjszakája), alkotmány napja.⁵³ Az elem-
zéskor figyelembe vették az elkövetők nemét és életkorát (15–29 évesek, 30–59
évesek, illetve a 60 évesek és attól idősebbek) is. Karácsony napján az öngyilkos-
ságok száma szignifikánsan alatta maradt az átlagnak, különösen a nők körében,
ahogyan a december 24. és 26. között mért csökkenés is statisztikailag szigni-
fikáns volt, ugyanakkor szignifikánsan magasabb volt az esetek száma január
2-án (illetve a január 2. és 3. közötti időszakban), különösen a férfiak körében.⁵⁴
A húsvéti ünnepeket három különálló, rövidebb időszakra bontva vizsgálták,
amelyeknek középpontját a húsvéti ünnepek három legfontosabb napja (virágva-

⁴⁹ Uo., 416.

⁵⁰ Uo.

⁵¹ Uo.

⁵² Gert Jessen – Borge F. Jensen: Postponed suicide death? Suicides around birthdays and major public holidays.

⁵³ Uo., 274.

⁵⁴ Uo., 277.

sárnap, nagypéntek és húsvétvasárnap) jelentette. Mindhárom kiemelkedő nap előtt (és általában az adott napon is) csökkenést tapasztaltak az öngyilkosságok számában, míg az utánuk következő rövid időszakra az emelkedés volt jellemző.⁵⁵ A május elsején, az alkotmány napján, illetve nyárközép éjszakáján elkövetett öngyilkosságok számában nem találtak eltérést az átlaghoz képest, ellentétben az ima napjával, amelyet megelőzően kevesebb volt az esetszám, különösen a nők körében. A pünkösöd előtti napokban is szignifikánsan kevesebb volt az öngyilkosságok száma, szintén leginkább a nők körében. A pünkösöd utáni napokban ugyanakkor emelkedett az öngyilkosságok száma, de csak a pünkösdhétfőn tapasztalható különbség mutatott statisztikailag szignifikáns eltérést, különösen a férfiak körében, csakúgy, mint a pünkösödöt követő szerdán.⁵⁶

Ajdacic-Gross szerzőtársaival elsősorban az adventi időszak alatt elkövetett öngyilkosságok számának alakulására koncentrált. Az elemzéshez a svájci halálzási statisztikák között fellelhető, 1969 és 2003 között rögzített 49 763 öngyilkossági eset adatait használták fel.⁵⁷ Minden évben az október 1. és február 28. közötti időszak öngyilkosságait átlagolták, amihez az adventi időszak adatait viszonyították. Összességében megállapították, hogy a vizsgált időszak átlagához képest az év végén, azaz december hónapban egy jelentős esés tapasztalható az öngyilkosságok számában, amely még az év utolsó napja előtt eléri mélypontját. Az újév első hónapjában viszont ugrásszerűen megnőtt az öngyilkosságok száma ahhoz képest, amennyit az átlag előrevetített. A tendencia mindkét nem esetében tapasztalható volt, de a férfiak körében erőteljesebben és egyértelműbben.⁵⁸ Elsősorban a férfiak körében találtak lényeges eltéréseket az újév utáni növekedés folyamán, attól függően, hogy az elkövetők milyen időségek voltak, és melyik vallási felekezethez tartoztak. Az emelkedés a fiatal és középkorú protestáns férfiak körében volt kifejezetten magas, míg a katolikus és idős férfiak körében nem találtak az átlaghoz viszonyított lényeges eltérést.⁵⁹

Randy és Lori Sansone a PsycINFO és a PubMed adatbázisaiban kerestek rá a következő kulcsszavakra: karácsony, öngyilkosság, depresszió, pszichiátriai zavar, önkárosító viselkedés.⁶⁰ Az adatbázisokban fellelhető szakirodalom áttekintésével vizsgálták meg a karácsonyi ünnepek hatását az öngyilkos hajlamúak,

⁵⁵ Uo.

⁵⁶ Uo., 278.

⁵⁷ Vladeta Ajdacic-Gross – Christoph Lauber – Matthias Bopp – Dominique Eich – Michael Gostynski – Felix Gutzwiller – Tom Burns – Wulf Rössler: Reduction in the suicide rate during Advent – a time series analysis, *Psychiatry research*, 157 (1), 2008, 139–146.

⁵⁸ Uo., 141.

⁵⁹ Uo., 142.

⁶⁰ Randy A. Sansone – Lori A. Sansone: The christmas effect on psychopathology, *Innovations in clinical neuroscience*, 8 (12), 2011, 10.

pszichiátriai rendellenességekkel élők hangulatára. Az öngyilkosságok alakulását illetően lényegében megerősítették az eddig áttekintett tanulmányokban fellelhető megállapításokat: karácsony előtt és karácsony napján jelentős csökkenés, az újévi ünnepek során és különösen az újév utáni napokban pedig jelentős növekedés tapasztalható az öngyilkosságok számában.⁶¹ Az egyéb önkárosító viselkedési formák gyakoriságának alakulását szintén a karácsony körüli csökkenés jellemezte.⁶²

A pszichiátriai szakszolgálatoknak az áttekintett tanulmányok alapján karácsony előtt és karácsonykor egyes esetekben kevesebb beteget kellett ellátniuk, más intézmények esetében viszont nem találtak az év többi időszakához viszonyított jelentős eltérést. A kórházban kezelt depresszióban szenvedők körében azt találták, hogy karácsonykor erősebb volt a magányosság érzése és a vágy, hogy a családjukkal legyenek. Az alkoholhoz, illetve a kábítószerekhez köthető halálesetek száma, a szerzők által áttekintett tanulmányok alapján, az átlagostól magasabb volt karácsonykor.⁶³

Ausztrál kutatók, a Queensland államban 1990 és 2009 között feljegyzett öngyilkossági eseteket (összesen 10 511) vizsgáltak, külön tekintettel arra, hogy azok gyakorisága mennyiben tért el az átlagtól húsvétkor, karácsonykor, újévkor, Valentin napon és az ANZAC-napon (az ausztrál és az új-zélandi hadsereg ünnepe, amelyet a gallipoli partraszállás napján, április 25-én tartanak meg).⁶⁴ A húsvéti ünnepek időszakában azt észlelték, hogy nagypénteken az öngyilkosságok száma mélypontra esett, a húsvét utáni kedden viszont elérte a csúcát. Az eltérések egyik esetben sem voltak szignifikánsak. Az eddig áttekintett tanulmányok eredményeivel ellentétben a szerzők eredményei azt mutatták, hogy a karácsonyi időszakban az öngyilkosságok száma éppen karácsony estéjén érte el csúcát, a különbség szignifikáns is volt. Az újévi ünnepek időszakában a legmagasabb, az átlagtól szignifikánsan eltérő esetszámot újév napján állapították meg. A Valentin nap és az ANZAC-nap esetében nem találtak az átlaghoz viszonyított lényeges eltéréseket.⁶⁵

Beauchamp és szerzőtársai az vizsgálták, hogy az egyes napszakok, évszakok, illetve ünnepek gyakorolnak-e valamilyen hatást a mérgezőes öngyilkosságok számának alakulására. Ehhez az Egyesült Államokban 2006. január 1. és 2010. december 31. között feljegyzett mérgezőes öngyilkossági kísérletekről készült

⁶¹ Uo., 4.

⁶² Uo.

⁶³ Uo., 3.

⁶⁴ Emma Barker – John O’Gorman – Diego De Leo: Suicide around public holidays, *Australasian Psychiatry*, 22 (2), 2014, 122–126.

⁶⁵ Uo., 3–4.

feljegyzéseket használták fel a National Poison Data System adatbázisából.⁶⁶ A négy évszak és a hét napjai mellett a következő ünnepek hatását vizsgálták meg: újév, Martin Luther King napja, Valentin nap, húsvét, anyák napja, háborús hősök emléknapja, apák napja, függetlenség napja, munka ünnepe, hálaadás és karácsony. Mindegyik ünnep esetében hét napos periódust vizsgáltak (az ünnep előtti három napot, az ünnep napját és az ünnep utáni három napot). Az elemzéshez három kontroll napot határoztak meg: március, június és szeptember hónapok 15. napját.⁶⁷ A vizsgált időszakban összesen 1 065 067 öngyilkossági kísérlethez kötődő eset került feljegyzésre. Ezekből 1 061 277 eset minősült öngyilkossági kísérletnek és 3790 végződött halállal. Általában a vasárnapi és hétfői napokon fordult elő a legtöbb öngyilkossági kísérlet, ami alól kivételt képeznek a 13 évestől fiatalabbak, illetve a 13–19 évesek, köreikben ugyanis a hétfő és a kedd bizonyultak a legnagyobb kockázatot jelentő napoknak. Egyedül újév napján találtak szignifikánsan magasabb kockázatot a kontroll napokkal összehasonlítva, a függetlenség napján, hálaadáskor és karácsonykor pedig szignifikánsan kevesebb volt az esetszám. A többi ünnep, illetve az azokat megelőző és követő 3-3 nap esetében nem találtak egyértelmű mintázatot.⁶⁸

Oszt rák kutatók a hivatalos ausztriai öngyilkossági statisztikák 2000 és 2013 közötti esetein vizsgálták meg, hogy a karácsony, a húsvét, a pünkösd, a nyári szünet, illetve a hétvégék milyen hatást gyakorolnak az öngyilkosságok számának alakulására.⁶⁹ Az adatok elemzéséből kiderült, hogy a karácsony előtti és a karácsony utáni héten szignifikánsan alacsonyabb volt az öngyilkosságok száma, mint amennyit a kontroll napok átlaga mutatott. Karácsony napján az esetek száma megközelítette az éves minimumot. Újév napján az öngyilkosságok száma szignifikánsan magasabb volt, az elkövetkező napokban viszont nem tapasztaltak szignifikáns eltéréseket, az esetszám az átlag szintjén alakult. Az öngyilkosságok számának alakulásában nem találtak szignifikáns csökkenést húsvét, pünkösd, a nyári szünet, illetve a hétvégék folyamán, de szignifikánsan magasabb esetszámot regisztráltak a húsvét utáni héten. Általánosságban meg tudták állapítani, hogy a húsvét és a pünkösd körüli időszakban szignifikánsan magasabb, a nyári szünet folyamán pedig szignifikánsan alacsonyabb volt az öngyilkosságok száma, mint a kontroll napok, illetve az év többi időszakának átlaga.⁷⁰

⁶⁶ Gillian A. Beauchamp – Mona L. Ho – Shan Yin: Variation in suicide occurrence by day and during major American holidays, *Journal of Emergency Medicine*, 46 (6), 2014, 776–781.

⁶⁷ Uo., 777.

⁶⁸ Uo.

⁶⁹ Martin Plöderl – Clemens Fartacek – Sabine Kunrath – Eva-Maria Pichler – Reinhold Fartacek – Christian Datz – David Niederseer: Nothing like Christmas – suicides during Christmas and other holidays in Austria, *The European Journal of Public Health*, 25 (3), 2014, 410–413.

⁷⁰ Uo., 411.

Kitae Sohn a holdnaptár szerinti két legfontosabb dél-koreai ünnep, az újév és a hálaadás napjának hatását vizsgálta az öngyilkosságok számának alakulására. Az elemzést az 1997 és 2014 közötti időszakban Dél-Koreában feljegyzett összes öngyilkosság adatait felhasználva végezte el. A mintába csak a dél-koreai és Dél-Koreában született lakosok kerültek be. Sohn különválasztotta, az öngyilkossági kísérlet és a miatta bekövetkező halál napját (egyes esetekben nem következett be azonnali halál). Az összesen 199 971 eset elemzésekor a szerző azt is vizsgálta, hogy az elkövetők városi környezetben éltek-e vagy sem, milyen neműek voltak, házasságban voltak-e, vagy sem, milyen iskolai végzettségűek voltak és melyik korcsoportba tartoztak (a populációt 50 évesnél fiatalabb és idősebb korcsoportra osztotta fel). Az említett ünnepeket megelőző és az azokat követő 14-14 napon és magán az ünnep napján elkövetett eseteket vizsgálta.⁷¹ A holdújév esetében azt tapasztalta, hogy az ünnep előtti 14 nap alatt nagyjából azonosan alakult a napi esetszám, de közvetlenül az ünnep előtt süllyedni kezdett, az ünnep utáni napokban pedig gyors növekedésnek indult, így az újévet követő 7 napban a napi átlag (488) is magasabb volt, mint az azt megelőző egy hét alatt (419). A hálaadás körüli időszakban ugyanez a tendencia sokkal erőteljesebb volt: az ünnep előtti hét napban napi 492 eset, az azt követő héten pedig napi 600 eset volt az átlag értéke. Az ünnep előtti süllyedés és az azt követő emelkedés mindkét esetben az 50 éves vagy annál idősebb, nem városi környezetben élő, nős férfiak körében volt a legszembetűnőbb.⁷² Karácsony napjának vizsgálatakor minimális eltéréssel ugyan, de fordított tendenciát tapasztalt: karácsony előtt a napi átlag 395, azt követően pedig 386 eset volt.⁷³

Hazai eredmények

Zonda és szerzőtársai az 1970 és 2002 között elkövetett 133 699 magyarországi öngyilkosság adatait elemezték a különböző ünnepek mentén.⁷⁴ Két vallással kapcsolatos ünnepnapot, a karácsonyt és a húsvétot vizsgálták, valamint három egynapos ünnepet, a január elsejét, a május elsejét és az augusztus huszadikát. A szerzők nemcsak az ünnepnapokra koncentráltak, hanem az azt megelőző és követő három napra is. Elemzéseiket külön végezték el a nők és a férfiak körében

⁷¹ Kitae Sohn: Suicides around major public holidays in South Korea, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47 (2), 2017, 217–227.

⁷² Uo., 221.

⁷³ Uo., 223.

⁷⁴ Zonda Tamás – Bozsónyi Károly – Veres Előd – David Lester – Michael Frank: The Impact of holidays on suicide in Hungary, *Omega – Journal of Death and Dying*, 58 (2), 2008, 153–62.

elkövetett öngyilkosságok esetében. Május elsején, valamint augusztus huszadikán és az azt körülvevő napokon nem tért el az öngyilkosságok száma a várt értéktől. Január elsején viszont magasabb öngyilkossági arányszámokat találtak, mind a férfiak, mind a nők esetében. Az újévet megelőző egy napon viszont mindkét nem esetében alacsonyabb volt az öngyilkosságok száma a vártnál. A két vallási ünnepen a nők által elkövetett öngyilkosságok száma nem különbözött a várt értéktől, a férfiak esetében viszont szignifikánsan alacsonyabb volt. Elmondható tehát, hogy a magyar lakosság körében elsősorban az egyházi ünnepek voltak megővő hatásúak, és alapvetően csak a férfiak esetében.

SPORT

Nemzetközi eredmények

Karl Andriessen és Karolina Krysznska összegezték az 1986 és 2006 között született, a sportesemények és az öngyilkosságok száma közötti összefüggéseket vizsgáló szakirodalom egy részét. A szerzőpáros összesen kilenc angol nyelvű tanulmányt vizsgált, amelyekből hat az Egyesült Államokban, kettő az Egyesült Királyságban, további egy pedig Kanadában íródott.⁷⁵

Az első vizsgált tanulmányban Curtis és szerzőtársai a fontosabb sportesemények (American Baseball Word Series és a Super Bowl vasárnapja) mellett két nagy ünnep (függetlenség napja és hálaadás) hatását is vizsgálták 1972 és 1978 között.⁷⁶ Az öngyilkosságok számában szignifikáns csökkenést tapasztaltak a függetlenség napján, illetve hálaadáskor, a sportesemények napjain azonban nem tapasztaltak az átlaghoz viszonyított lényeges eltérést. A következő áttekintett írás David Lester nevéhez köthető, ez a Super Bowl vasárnap és az American Baseball Word Series döntője és az öngyilkosságok, valamint a gyilkosságok közötti összefüggésekről szolt az 1972 és 1984 közötti időszakra vonatkozóan.⁷⁷ A tanulmány egyik esetben sem állapított meg szignifikáns eltéréseket az öngyilkosságok számában. Frank Trovatónak a Stanley Cup (amerikai jégkorongbajnokság) időszakát 1951 és 1992 között vizsgáló tanulmánya megállapította,

⁷⁵ Karl Andriessen – Karolina Krysznska: Can sports events affect suicidal behavior? A review of the literature and implications for prevention, *Crisis*, 30 (3), 2009, 144–152.

⁷⁶ James Curtis – John Loy – Wally Karnilowicz: A comparison of suicide – Dip effects of major sport events and civil holidays, *Sociology of Sport Journal*, 3, 1986, 1–14. (idézi Andriessen – Krysznska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁷⁷ David Lester: Suicide and homicide during major sports events 1972–1984: Comment on Curtis, Loy, and Karnilowicz. *Sociology of Sport Journal*, 5, 1988, 285. (idézi Andriessen – Krysznska: Can sports events affect suicidal behavior?)

hogy a rájátszás alatt a fiatal (15–34 éves) férfiak körében szignifikánsan nőtt az öngyilkosságok száma, a fiatal házas nők és férfiak esetében viszont egyaránt csökkent.⁷⁸ A negyedik vizsgált tanulmány Robert M. Fernquist munkája jóvoltából 30 amerikai nagyvárosban és az 1971 és 1990 közötti időszakra vonatkozóan megállapította, hogy az öngyilkosságok és gyilkosságok száma fordított irányú kapcsolatban áll az egyes csapatok bajnokságok, illetve rájátszások alatt mutatott teljesítményével.⁷⁹ Fernquist egy másik cikkében azt elemezte, hogy hogyan hatott három különböző sportágban versenyző, profi amerikai sportcsapat másik városba költözése a vizsgált régiók lakosainak körében elkövetett öngyilkosságok és gyilkosságok számára.⁸⁰ Az elemzés kimutatta, hogy az öngyilkosságok száma szignifikánsan megnőtt a vizsgált időszak alatt, a gyilkosságok számának alakulásában viszont nem találtak eltérést. Fernquist harmadik górcső alá vett tanulmánya az 1994–1995-ös idényben a profi amerikai baseball- és jégkorongligák játékosai által folytatott munkabeszüntetések hatását vizsgálta az öngyilkosságok számának alakulására.⁸¹ A sztrájk ideje alatt szignifikánsan megnőtt a gyilkosságok száma, az öngyilkosságoké viszont nem változott. Egy a Thomas E. Joiner és társai által végzett, Ohio és Florida államokra vonatkozó kutatás kimutatta, hogy azokban az években, amikor az amerikai főiskolai futballcsapat rosszabbul állt a bajnokságban, az államok lakosainak körében szignifikánsan több öngyilkossági esetet tapasztaltak.⁸² Ugyanazon kutatás keretein belül mutatták ki azt is, hogy 1980. február 22-én, amikor az amerikai jégkorong-válogatott olimpiai aranyat nyert a szovjetek legyőzésével, országosan kevesebb öngyilkosság történt, mint más évek azonos napján az 1970-es és az 1980-as évek folyamán. Azt is megállapították, hogy a Super Bowl döntő vasárnapján szignifikánsan alacsonyabb az öngyilkosságok száma, mint az év többi vasárnapján. A szerzőpáros két olyan

⁷⁸ Frank Trovato: The Stanley Cup of Hockey and suicide in Quebec, 1951–1992, *Social Forces*, 77, 1998, 105–127. (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁷⁹ Robert M. Fernquist: An aggregate analysis of professional sports, suicide and homicide rates: 30 US metropolitan areas, *Aggression and Violent Behavior*, 5, 2000, 329–341. (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁸⁰ Robert M. Fernquist: Geographical relocation, suicide, and homicide: An exploratory analysis of the geographic relocation of professional sports teams in three US areas and the impact on suicide and homicide rates, *Sociology of Sport Online*, 4, 2001, <http://physed.otago.ac.nz/sosol/v4i2/v4i2Fernquist.htm> (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁸¹ Robert M. Fernquist: The 1994–1995 baseball and hockey strikes and their impact on suicide and homicide rates in the United States, *Archives of Suicide Research*, 6, 2002, 103–110. (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁸² Thomas E. Joiner – Daniel Hollar – Kimberly Van Orden: On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: “Pulling together” is associated with lower suicide rates, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 2006, 179–195. (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?)

tanulmány eredményeit is szemlélte, amely a sikertelen öngyilkossági kísérletek és a sportesemények közötti összefüggésekkel foglalkozott. A Masterton és Strachan kutatópáros a skóciai kórházakban megkísérelt öngyilkossági eseteket vizsgálta az 1974-es, 1978-as, 1982-es és az 1986-os labdarúgó világbajnokságok időszaka alatt, illetve az azt követő egy hónapban.⁸³ Kimutatták, hogy azoknak az éveknek az azonos időszakához képest, amelyekben nem rendeztek világbajnokságot, a világbajnokságok évében a férfiak és a nők körében is szignifikánsan csökkent az öngyilkosságok száma a világbajnokság befejezését követő négy hétben. Az utolsóként elemzett tanulmány Steels nevéhez fűződik, és az angliai labdarúgó bajnokság 1991-ben és 1992-ben rendezett döntőinek hétvégéjén vizsgálta egy nottinghami kórházban jegyzett mérgezőes öngyilkossági kísérletek számának alakulását.⁸⁴ Az 1991-es döntőben a helyi csapat (Nottingham Forrest F. C.) vereségét követő tizenkét órában szignifikáns növekedés volt tapasztalható a mérgezőes öngyilkossági kísérletek számában. A következő évben elszenvedett vereség után is nőtt az esetek száma, de a különbség ebben az esetben nem volt szignifikáns.⁸⁵

Gerry McCartney és szerzőtársai azt vizsgálták, hogy milyen hatást gyakorolnak a rendező város lakosainak egészségi állapotára a fontos sportesemények. Kutatásuk az 1978 és 2008 közötti időszakot ölelte fel, amelyhez különböző forrásokból (a témában íródott tanulmányokból és adatbázisokból) gyűjtötték az adatokat. Végül 54 különböző tanulmányt használtak fel, amelyeknek jelentős hányada alacsony minőségű és nagy valószínűséggel pontatlan adatokat tartalmazhat.⁸⁶

A vizsgált tanulmányok közül egyetlenegy foglalkozott az egészségre gyakorolt közvetlen hatással. Az 1988-as szöuli olimpia ideje alatt vizsgálták az öngyilkosságok számának alakulását, de nem találtak az időszakot jellemző lényeges eltéréseket.⁸⁷

Encrenaz szerzőtársaival azt vizsgálta, hogy az 1998-as labdarúgó világbajnokság milyen hatást gyakorolt az öngyilkosságok számának alakulására a francia lakosság körében. A világbajnokság ideje alatt (1998. június 11. – július

⁸³ George Masterton – J. A. Strachan: Parasuicide, Scotland, and the World Cup, *British Medical Journal*, 295, 1987, 368. (idézi Andriessen – Krynska: Can sports events affect suicidal behavior?)

⁸⁴ Steels, M. D.: Deliberate self-poisoning: Nottingham Forest Football Club and F. A. Cup defeat, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 11, 1994, 76–78. (idézi Andriessen, Krynska, 2009)

⁸⁵ Uo., 3–4.

⁸⁶ Gerry McCartney – Sian Thomas – Hilary Thomson – John Scott – Val Hamilton – Phil Hanlon – David S. Morrison – Lyndal Bond: The health and socioeconomic impacts of major multi-sport events: systematic review (1978–2008), *British Medical Journal*, 340, c2369, 2010, 1–9.

⁸⁷ Uo., 4.

11.) regisztrált adatok mellett, a Franciaországban 1979 és 2006 között jegyzett öngyilkossági statisztikákat (összesen 314 290 eset) használták fel az elemzéshez.⁸⁸ A világbajnokság egy hónapja alatt szignifikáns, 10,3 százalékos csökkenést jegyeztek az öngyilkosságok számában. A visszaesés legerősebben a férfiak és a 30–44 évesek körében érezte hatását. A francia nemzeti tizenegy mérkőzését követő napokon is szignifikáns, 19,9 százalékos csökkenést tapasztaltak az öngyilkosságok számában. A visszaesés ebben az esetben is a férfiak (23,1 százalék) és a 30–44 évesek (33,3 százalék) között volt a legmagasabb.⁸⁹

Hazai eredmények

Bozsonyi és szerzőtársai 1970 és 2012 közötti magyarországi öngyilkosságokat elemeztek.⁹⁰ Tanulmányukban arra fókuszáltak, hogy egy olyan eredménycentrikus országban, mint Magyarország, változik-e az elkövetések száma az olimpiák ideje alatt. A szerzők első lépésben leválasztották a trend- és cikluskomponenseket az idősről, majd a hetire aggregált idősoron intervenció analízist végeztek. A 30 év alattiakat kihagyták az elemzésből és külön vizsgálták a 30–60 éves korcsoportot, valamint a 60 évnél idősebbeket, férfi–női bontásban. Az eredmények azt mutatták, hogy csak a 30–60 év közötti férfiak esetében van eltérés az öngyilkosságok várt és valós száma között, miszerint az olimpia alatt csökken ezen csoport öngyilkossági arányszáma. Az összefüggés viszont nem állt fenn az 1984-es Los Angeles-i olimpia esetében, amelyen a magyar delegáció nem vett részt. A magyar részvétel nélkül lezajlott labdarugó világbajnokságok esetében szintén nem volt kimutatható az összefüggés a vizsgált változók között. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy azok a sportesemények tudnak csak megóvó hatásúként működni, amelyen a magyar részvétel miatt nagy érzelmi azonosulás is várható.

⁸⁸ Gaëlle Encrenaz – Benjamin Contrand – Karen Leffondré – Raphaëlle Queinec – Albertine Aouba – Eric Jouglu – Alain Miras – Emmanuel Lagarde: Impact of the 1998 football World Cup on suicide rates in France: results from the national death registry, *Suicide and life-threatening behavior*, 42 (2), 2012, 129–135.

⁸⁹ Uo., 132.

⁹⁰ Bozsonyi Károly – Osváth Péter – Fekete Sándor – Bálint Lajos: The Effects of Significant International Sports Events on Hungarian Suicide Rates, *Crisis*, 37 (2), 2016, 148–154.

VÁLASZTÁSOK

Nemzetközi eredmények

Myron Boor azt vizsgálta, hogy az Egyesült Államokban az elnökválasztások éveiben szeptember és október hónapokban eltért-e az öngyilkosságok száma azon évek szeptember és október hónapjaihoz viszonyítva, amelyekben nem rendeztek elnökválasztást. Az eredmények az mutatták, hogy az elnökválasztások éveinek szeptember és október hónapjaiban szignifikánsan kevesebb öngyilkosságot követte el az Egyesült Államokban, mint a többi év azonos időszakában. Az elnökválasztások éveinek november és december hónapjaiban ugyanakkor már emelkedett az esetek száma.⁹¹

Ira M. Wasserman az Egyesült Államokban 1903 és 1977 között jegyzett öngyilkossági és halálozási statisztikákat vizsgálva arra ez eredményre jutott, hogy az elnökválasztások éveiben regisztrált öngyilkosságok és halálesetek száma nem mutat statisztikailag szignifikáns eltérést azon évek adataihoz képest, amelyekben nem rendeztek elnökválasztást.⁹²

A Classen–Dunn szerzőpáros azt vizsgálta, hogy az Egyesült Államokban rendezett elnökválasztások alkalmával hogyan alakult az öngyilkosságok száma azokban a tagállamokban, amelyekben a választásokat megnyerő, illetve az azokat elvesztő jelölt kapta a szavazatok többségét. Ehhez az Egyesült Államok 1981 és 2005 közötti halálozási és öngyilkossági statisztikáit használták fel.⁹³ Az elemzések azt mutatták, hogy azokban az államokban, amelyekben a későbbi vesztes jelöltet támogatták, a választási eredmények napvilágra kerülése után 4,6 százalékkal csökkent az öngyilkosságok száma a férfiak (20–59 évesek), és 5,3 százalékkal a nők (20–59 évesek) körében.⁹⁴ A meglepő eredményt a szerzők Durkheim és a modern közgazdaságtan egyes elméleteinek felhasználásával magyarázták meg. Összesen három lehetséges forgatókönyvet vázoltak fel a választások és az öngyilkosságok számának alakulása közötti összefüggések megértésére: 1. A vesztes jelöltet támogató államok lakóinak körében a társadalmi hasznosság érzésére negatív sokként hatnak a szövetségi szintű eredmények, ami az öngyilkosságok számának növekedését eredményezi ezekben a választóköri körzetekben; 2. A vesztes jelöltet támogató szavazók kevésbé érzik magukat

⁹¹ Myron Boor: Effects of United States Presidential Elections on Suicide and Other Cases of Death, *American sociological review*, 46, 1981, 616–618.

⁹² Ira M. Wasserman: Political business cycles, presidential elections, and suicide and mortality patterns, *American sociological review*, 48, 1983, 711–720.

⁹³ Timothy J. Classen – Richard A. Dunn: The politics of hope and despair: The effect of presidential election outcomes on suicide rates, *Social science quarterly*, 91 (3), 2010, 593–612.

⁹⁴ Uo., 604–605.

társadalmilag integráltnak országos szinten, ezért az öngyilkosságok száma nő azokban az államokban, amelyekben az országos szinten vesztes jelölt nyert; 3. A vesztes jelöltet támogató szavazók társadalmilag sokkal inkább integráltnak érzik magukat a saját államukban, ahol a többség hozzájuk hasonlóan voksolt, míg azokban az államokban, ahol a szövetségi szinten nyertes jelölt győzött, csökken ez az érzet, ezért a vesztes jelöltet támogató államokban az öngyilkosságok száma alacsonyabb, a nyertes jelöltet favorizáló tagállamokban pedig magasabb lehet. Az elemzésük folyamán kiderült, hogy a vizsgált időszakra vonatkozóan egyértelműen a harmadik forgatókönyv tekinthető dominánsnak.⁹⁵

Hazai eredmények

Zonda és szerzőtársai az 1990 és 2010 közötti időszakban elkövetett öngyilkosságok esetében vizsgálták meg az országgyűlési választások lehetséges hatását.⁹⁶ Első lépésben leválogatták a március és április közötti vasárnapokat, és megvizsgálták, hogy azokon a vasárnapokon, amikor országgyűlési választás volt (első vagy második forduló) eltér-e az öngyilkosságok száma. A különböző módszerekkel végzett elemzések ugyanarra az eredményre vezettek, nem volt szignifikáns eltérés az öngyilkosságok számában a választási napokon. A szerzők megvizsgálták a választási heteket és a választási hónapokat is. Az eredmények megegyeztek a csak napokra koncentráló elemzésekkel, tehát az öngyilkosságok száma nem tért el a választási időszakban a várt értéktől.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunkban bemutattuk az elmúlt bő 50 év azon legfontosabb szakirodalmi eredményeit, amelyek a jeles napok és az öngyilkosságok közötti összefüggés vizsgálata kapcsán megjelentek. A munkák nagy módszertani változatosságot mutattak, az egészen kismintás, egyszerűbb keresztábla-elemzésektől, a nagy adathalmazt felvonultató, komoly statisztikai eszköztárt bevető munkákig mindenre találtunk példát. A vizsgált országok köre is változatos volt, bár a legtöbb kutatás angolszász országokat (elsősorban az USA-t) vizsgálta, születek elemzések Japánról, illetve európai országokról is. A nagy módszertani és kulturális sokszínűség miatt talán nem meglepő, hogy nem lehet egyértelműen

⁹⁵ Uo., 606.

⁹⁶ Zonda Tamás – Kmetty Zoltán – David Lester – Tóth Mónika Ditta: Effects of Parliamentary Elections on Suicide Rates in Hungary, *Crisis*, 2015, 36 (2), 148–151.

konszenzuális kijelentéseket tenni arról, hogyan függenek össze a jeles napok az öngyilkosságokkal. Egy mintázat azért kirajzolódott a szakirodalomban a különböző jeles napok tekintetében.

A születésnap hatásával foglalkozó korai tanulmányok nem találtak mindig összefüggést a születésnap és öngyilkosságok között, de a későbbi, elaboráltabb módszertannal és nagyobb mintákkal dolgozó munkák már egyértelműen azt mutatták, hogy a születésnapokon növekszik az elkövetések száma. A több országban is hasonló eredményt hozó kutatások azt valószínűsítik, hogy kultúrától független összefüggésről van szó. Egybecsengenek az eredmények olyan aspektus szerint is, hogy elsősorban a férfiak azok, akiknél növekszik az öngyilkosság rizikója a születésnapjukon.

A születésnapokkal szemben az ünnepek inkább megóvó jellegűek. Ebben a dimenzióban már jobban kirajzolódtak a kulturális különbségek, országonként eltért, hogy mely ünnepeknek volt hatása és melyeknek nem. Magyarországon például csak az egyházi ünnepek voltak megóvó hatásúak, de USA-ban a függetlenség napján vagy a munka napján is kevesebb volt az öngyilkosság. Az eredményekben az is közös volt, hogy az ünnepek utáni időszakokban több esetben növekedést mutattak ki a kutatók, tehát az ünnep nem feltétlen csökkenti, inkább elhalasztja az esetleges elkövetéseket. Egyetlen olyan ünnep van, amely inkább kockázatnövelőnek bizonyul, ez pedig a január elseje.

A nagy társadalmi események, mint például a sportversenyek vagy a választások kisebb figyelmet kaptak a szakirodalomban. A sportrendezvények esetében mind az amerikai, mind a hazai kutatások arra mutatnak, hogy inkább megóvó hatásúak ezek az események, és elsősorban a középkorú férfiak esetében csökken az elkövetés valószínűsége. A választási időszakok esetében az eredmények már kevésbé voltak egyértelműek. Bár voltak olyan kutatások, amelyek az USA-ban találtak összefüggést a választások és öngyilkosságok között (kevesebb elkövetés), ezt más amerikai munkák, illetve a magyar kutatások nem erősítették meg.

BIBLIOGRÁFIA

- AJDACIC-GROSS, Vladeta – LAUBER, Cristoph – BOPP, Matthias – EIVH, Dominique – GOSTYNSKI, Michael – GUTZWILLER, Felix – BURNS, Tom – RÖSSLER, Wulf: Reduction in the suicide rate during Advent – a time series analysis, *Psychiatry research*, 157 (1), 2008, 139–146.
- ANDRIESSEN, Karl – KRYSINSKA, Karolina: Can sports events affect suicidal behavior? A review of the literature and implications for prevention, *Crisis*, 30 (3), 2009, 144–152.

- BARKER, Emma – O’GORMAN, John – DE LEO, Diego: Suicide around public holidays, *Australasian Psychiatry*, 22 (2), 2014, 122–126.
- BARRACLOUGH, Brian – HUGHES, Jennifer: *Suicide: Clinical and epidemiological studies*, London, Croom Helm, 1987 (idézi Wasserman – Stack: Age, birthdays and suicide).
- BEAUCHAMP, Gillian A. – HO, Mona L. – YIN, Shan: Variation in suicide occurrence by day and during major American holidays, *Journal of Emergency Medicine*, 46 (6), 2014, 776–781.
- BOOR, Myron: Effects of United States Presidential Elections on Suicide and Other Cases of Death, *American sociological review*, 46, 1981, 616–618.
- BOZSONYI, Károly – OSVÁTH, Péter – FEKETE, Sándor – BÁLINT, Lajos: The Effects of Significant International Sports Events on Hungarian Suicide Rates, *Crisis*, 37 (2), 2016, 148–154.
- CHUANG, Hwei-Lin – HUANG, Wei-Chiao: Age, birthdays and suicide in Taiwan, *The Journal of Social Psychology*, 136, 5, 1996, 659–660.
- CLASSEN, Timothy J. – DUNN, Richard A.: The politics of hope and despair: The effect of presidential election outcomes on suicide rates, *Social science quarterly*, 91 (3), 2010, 593–612.
- CULLUM, Sarah J. – CATALAN, Jose – BERELOWITZ, Kaye – O’BRIEN, Stephanie – MILLINGTON, H. T. – PRESTON, D.: Deliberate self-harm and public holidays: Is there a link?, *Crisis*, 14, 1993, 39–42.
- CURTIS, James – LOY, John – KARNILOWICZ, Wally: A comparison of suicide – Dip effects of major sport events and civil holidays, *Sociology of Sport Journal*, 3, 1986, 1–14 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- DÖME, Péter – KAPITÁNY, Balázs – IGNITS, Györgyi – RIHMER, Zoltán: Season of Birth is Significantly Associated with the Risk of Completed Suicide, *Biological Psychiatry*, 68 (2), 2010, 148–155.
- ENCRENAZ, Gaëlle – CONTRAND, Benjamin – LEFFONDRÉ, Karen – QUEINEC, Raphaëlle – AOUBA, Albertine – JOUGLA, Eric – MIRAS, Alain – LAGRADE, Emmanuel : Impact of the 1998 football World Cup on suicide rates in France: results from the national death registry, *Suicide and life-threatening behavior*, 42 (2), 2012, 129–135.
- FERNQUIST, Robert M.: An aggregate analysis of professional sports, suicide and homicide rates: 30 US metropolitan areas, *Aggression and Violent Behavior*, 5, 2000, 329–341 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- FERNQUIST, Robert M.: Geographical relocation, suicide, and homicide: An exploratory analysis of the geographic relocation of professional sports teams

- in three US areas and the impact on suicide and homicide rates, *Sociology of Sport Online*, 4, 2001, <http://physed.otago.ac.nz/sosol/v4i2/v4i2Fernquist.htm> (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- FERNQUIST, Robert M.: The 1994–1995 baseball and hockey strikes and their impact on suicide and homicide rates in the United States, *Archives of Suicide Research*, 6, 2002, 103–110 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- HONICK, Brian – LESTER, David – GUNN, John F.: The Birthday Blues, in Marco Sarchiapone – Zoltán Rihmer (szerk.): *Sucidology Online*, 7, 2016, 28–30. <https://pdfs.semanticscholar.org/0155/aaf23b20926eec8679b51079b4fa67b39717.pdf#page=32>
- JESSEN, Gert – JENSEN, Borge F.: Postponed suicide death? Suicides around birthdays and major public holidays, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1999, 272–283.
- JESSEN, Gert – JENSEN, Borge F. – ARENSMAN, Ella – BILLE-BRAHE, U. – CREPET P. – DE LEO, Diego – HAWTON, Keith – HARING, C. – HJELMELAND, Heidi – MICHEL, Konrad – OSTAMO, A. – SALANDER RENBERG, Ellinor – SCHMIDTKE, A. – TEMESVARY, B. – WASSERMAN, D.: Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99 (6), 1999, 412–418.
- JOINER, Thomas E. – HOLLAR, Daniel – VAN ORDEN, Kimberly: On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: “Pulling together” is associated with lower suicide rates, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 2006, 179–195 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- LESTER, David: Suicide and homicide at Easter, *Psychological Reports*, 61, 1987, 224.
- LESTER, David: Suicide and homicide during major sports events 1972–1984: Comment on Curtis, Loy, and Karnilowicz, *Sociology of Sport Journal*, 5, 1988, 285 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- LESTER, David: The “birthday blues” in a sample of major league baseball players’ suicides, *Perceptual and Motor Skills*, 101, 2005, 382–382.
- LESTER, David – BACK, Aaron T.: Suicide and national holidays, *Psychological Reports*, 36, 1975, 52.
- MASTERTON, George – STRACHAN, J. A.: Parasuicide, Scotland, and the World Cup, *British Medical Journal*, 295, 1987, 368 (idézi Andriessen – Krysinska: Can sports events affect suicidal behavior?).

- MCCARTNEY, Gerry – THOMAS, Sian – THOMSON, Hilary – SCOTT, John – HAMILTON, Val – HANLON, Phil – MORRISON, David S. – BOND, Lyndal: The health and socioeconomic impacts of major multi-sport events: systematic review (1978–2008), *British Medical Journal*, 340, c2369, 2010, 1–9.
- PHILLIPS, David P. – LIU, Judith: The frequency of suicides around major public holidays: Some surprising findings, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 10, 1980, 41–50.
- PHILLIPS, David P. – WILLS, John S.: A drop in suicides around major national holidays, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 1987, 1–12.
- PLÖDERL, Martin – FARTACEK, Clemens – KUNRATH, Sabine – PICHLER, Eva-Maria – FARTACEK, Reinhold – DATZ, Christian – NIEDERSEER, David: Nothing like Christmas-suicides during Christmas and other holidays in Austria, *The European Journal of Public Health*, 25 (3), 2014, 410–413.
- REUELBAACH, Udo – BIERMANN, Teresa – MARKOVIC, Katrin – KORNHUBER, Johannes – BLEICH, Stefan: The myth of the birthday blues: A population-based study about the association between birthday and suicide, *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2007, 554–557.
- SANSONE, Randy A. – SANSONE, Lori A.: The christmas effect on psychopathology, *Innovations in clinical neuroscience*, 8 (12), 2011, 10.
- SOHN Kitae: Suicides around major public holidays in South Korea, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47 (2), 2017, 217–227.
- STEELS, M. D.: Deliberate self-poisoning: Nottingham Forest Football Club and F. A. Cup defeat, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 11, 1994, 76–78 (idézi Andriessen – Kryszinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- STICKLEY, Andrew – SHENG, Ng Chris Fook – INOUE, Yosuke – YAZAWA, Aki – KOYANAGI, Ai – KODAKA, Manami – DEVYLDER, Jordan E. – WATANABE, Chiho: Birthdays are associated with an increased risk of suicide in Japan: Evidence from 27,007 deaths in Tokyo in 2001–2010, *Journal of affective disorders*, 200, 2016, 259–265.
- TROVATO, Frank: The Stanley Cup of Hockey and suicide in Quebec, 1951–1992, *Social Forces*, 77, 1998, 105–127 (idézi Andriessen – Kryszinska: Can sports events affect suicidal behavior?).
- WASSEERMAN, Ira M.: Political business cycles, presidential elections, and suicide and mortality patterns, *American sociological review*, 1983, 711–720.
- WASSEERMAN, Ira – STACK, Steven: Age, birthdays and suicide, *The Journal Of Social Psychology*, 134, 4, 1994, 493–495.

- WILLIAMS, Alyson – WHILE, David – WINDFUHR, Kirsten – BICKLEY, Harriet – HUNT, Isabelle M. – SHAW, Jenny – APPLEBY, Louis – KAPUR, Navneet: Birthday blues: Examining the association between birthday and suicide in a national sample, *Crisis*, 32, 2011, 134–142.
- ZONDA, Tamás – BOZSONYI, Károly – VERES, Előd – LESTER, David – FRANK, Michael: The Impact of holidays on suicide in Hungary, *Omega Journal of Death and Dying*, 58 (2), 153–162.
- ZONDA, Tamás – BOZSONYI, Károly – VERES, Előd – KMETTY, Zoltán: Birthday effect in suicide behavior (1970–2000), *Review of Sociology*, 16 (2), 96–105.
- ZONDA, Tamás – BOZSONYI, Károly – KMETTY, Zoltán – VERES, Előd – LESTER, David: The Birthday Blues: A Study of a Large Hungarian Sample (1970–2002), *Omega Journal of Death and Dying*, 73 (1), 87–94.
- ZONDA, Tamás – KMETTY, Zoltán – LESTER, David – TÓTH, Monika Ditta: Effects of Parliamentary Elections on Suicide Rates in Hungary, *Crisis*, 36 (2), 148–151.

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI FEJLŐDÉS ÉS ÖNGYILKOSSÁG¹



MOKSONY FERENC

A társadalmi-gazdasági fejlődés és az öngyilkosság kapcsolata Émile Durkheim klasszikus művének² megjelenése óta a deviáns magatartással foglalkozó kutatások középpontjában áll. E kutatások többsége – a Durkheim által képviselt felfogást követve – a modernizáció negatív következményeit hangsúlyozta, s a deviáns jelenségeket a fejlődés „árának”, egyfajta káros „mellékhatásának” tekintette. Az újabb vizsgálatok azonban – köztük saját korábbi munkáink³ is – mindinkább felismerték a fejlődésből éppenséggel *kiszoruló* térségek és társadalmi csoportok fokozott öngyilkossági veszélyeztetettségét, s egyre több bizonyítékot szolgáltatott a modernizáció *hiányának*, vagy ahogy gyakran nevezik: a *deprivációnak* a kedvezőtlen hatásáról. Ebbe a sorba illeszkedik az a kutatás is, amelyről mostani tanulmányunkban beszámolunk, s amelyben területi szintű magyarországi adatok felhasználásával vizsgáltuk a modernizációnak, illetve a modernizációs folyamatból való kimaradásnak az öngyilkosságok alakulására gyakorolt befolyását.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Felépítésüket tekintve modernizáció és a deviáns magatartás kapcsolatával foglalkozó kutatások két nagyobb csoportba sorolhatók. Egy részük *keresztmetszeti* – vagyis egy adott időpontra vonatkozó – adatok segítségével vizsgálja a modernizáció és a deviáns magatartás összefüggését. Ezt a megközelítést szemlélteti

¹ A tanulmány egy korábbi változatához fűzött értékes megjegyzéseiért köszönettel tartozunk Császár Melindának.

² Émile Durkheim: *Az öngyilkosság*, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1967.

³ Moksony F.: A fejlődés ára vagy az elmaradottság átkja? Az öngyilkosság alakulása Magyarország községeiben, *Szociológiai Szemle*, 1995, No. 2., 73–84.; Moksony, F.: Társadalmi mobilitás és öngyilkosság, *Demográfia*, 2005, Vol. 48, 7–22.

Simpson és Conklin 71 országra kiterjedő elemzése,⁴ amely egyebek mellett faktorelemzéssel igyekezett feltárni a társadalmi-gazdasági fejlődés különböző mutatóinak és az öngyilkossági arányszámnak a kapcsolatát. Az eredmények egészében véve összhangban voltak Durkheim elméletével: azon a faktoron, amelyet a szerzők a gazdasági fejlődés faktorának neveztek, s amelyet – többek között – a városi lakosság magas aránya, az iskolázottság és a nemzeti jövedelem magas szintje, ugyanakkor a mezőgazdaságban dolgozók alacsony aránya jellemzett, az öngyilkossági arányszám pozitív súllyal szerepelt, vagyis a fejlődés magas szintje az öngyilkosságok sűrű előfordulásával járt együtt.

A kutatások másik csoportját az *idősoros* elemzések alkotják. Erre a típusra példa Stack finnországi vizsgálata,⁵ amely igen hosszú időszakra, az 1800 és 1984 közötti másfél évszázadra terjedt ki. Az eredmények ismét csak megerősíteni látszottak a durkheimi elméletet: a városi népesség aránya – amit a szerző a modernizáció mutatójaként használt – statisztikailag szignifikáns pozitív hatást gyakorolt az öngyilkossági arányszámra. Stack elemzése ugyanakkor felhívta a figyelmet a modernizáció, illetve az urbanizáció hatásának *időbeli változására* is: míg ugyanis a 19. században a városi népesség arányának 1%-os emelkedése 0,2%-kal növelte az öngyilkossági arányt, addig a 20. század folyamán a növekedés mértéke már csupán 0,1% volt. Úgy tűnik tehát, hogy egy bizonyos pont után – amikor az emberek már alkalmazkodtak a megváltozott világhoz – a kedvezőtlen következmények megszűnnek, de legalábbis kevésbé súlyosakká válnak. Ezt az idősoros elemzésből levont következtetést látszik alátámasztani Kowalski és munkatársai keresztmetszeti aggregált adatokon nyugvó vizsgálata,⁶ amelynek eredményei szerint a legerőteljesebben urbanizált térségekben a városi népesség aránya statisztikailag szignifikáns mértékben *csökkentette* az öngyilkosság kockázatát.

Bár már ezek az eredmények is óvatosságra intenek a társadalmi-gazdasági fejlődés hatásának az értelmezését illetően, az újabb kutatások fényében még kevésbé tűnik tarthatónak az a Durkheim nyomán uralkodóvá vált felfogás, amely a modernizációnak szinte kizárólag az árnyoldalait hangsúlyozta, megfelelkezve a fejlődésből való kimaradás, a depriváció kedvezőtlen lelki és egészségi következményeiről. A modernizáció szerepének összetettségére mutatott rá Maekinen

⁴ M. Simpson – G. Conklin: Socioeconomic Development, Suicide, and Religion: A Test Of Durkheim's Theory of Religion and Suicide, *Social Forces*, 1989, Vol. 67, 945–964.

⁵ S. Stack: The effect of modernization on suicide in Finland: 1800–1984, *Sociological Perspectives*, 1993, Vol. 36, 137–148.

⁶ G. S. Kowalski et al.: Urbanism and suicide: a study of American counties, *Social Forces*, 1987, Vol. 66, 85–101.

tanulmánya,⁷ amelynek középpontjában kifejezetten a kelet-európai országok társadalmi átalakulása és ennek az átalakulásnak az önpusztításra gyakorolt hatása állt. Öngyilkossági profiljuk – vagyis az öngyilkosság elterjedtsége, életkor és nem szerinti megoszlása – alapján a szerző öt csoportba sorolta a régió államait, s ezen az öt csoporton belül külön-külön vizsgálta a gazdasági fejlődés hatását. Az elvégzett regresszioelemzések eredményei szerint ez a hatás mindössze két országcsoportban bizonyult statisztikailag szignifikánsnak, s a regressziós együttható e két csoport esetében is ellenkező előjelű volt. Abban a csoportban, amelyet alacsony öngyilkossági gyakoriság és jelentős nemek közötti különbség jellemezett, s amelybe – egyebek között – Lengyelország és Románia tartozott, a gazdasági fejlődés *növelte* az öngyilkossági arányt. Abban a csoportban viszont, amely a magas öngyilkossági gyakoriságú, egyszersmind jelentős nemek közötti különbségeket mutató államokat foglalta magába – s amelybe Magyarország is került – a gazdasági fejlődés éppenséggel *csökkentette* az öngyilkossági arányt. Mindezek alapján vont le Maekinen a következtetést, miszerint „a társadalom gyors átalakulása – ellentétben a klasszikus durkheimi elmélettel – nem szükségképpen növeli az öngyilkosság gyakoriságát. Ennek magyarázata a kultúrának az öngyilkossági profilokban tükröződő közvetítő szerepében kereshető: más-más környezetben ugyanazok a társadalmi tényezők eltérő eredményhez vezethetnek.”⁸

Míg Maekinen tanulmánya a modernizáció hatásának összetettségére, ellentmondásos jellegére hívta fel a figyelmet, számos újabb kutatás egyértelműen arra mutat, hogy *nem annyira a társadalmi-gazdasági fejlődés, hanem éppenséggel annak hiánya, a depriváció az, ami fokozza az önpusztítás veszélyét*. Hawton és munkatársai például angliai vizsgálatukban⁹ arra az eredményre jutottak, hogy – a későbbiekben részletesen ismertetendő – ún. Townsend-indexszel mért társadalmi-gazdasági depriváltság jelentősen növeli az öngyilkossági kísérletek gyakoriságát, és ez a hatás az anómia fogalmához hasonlóan értelmezett társadalmi fragmentáltság befolyásának a kiküszöbölése után is megmarad.

Hasonló következtetéssel zárult Otsu és munkatársai Japánban végzett kutatása,¹⁰ amely 47 közigazgatási egységre terjedt ki, és az 1980 és 1990 közötti időszakot ölelte fel. A szerzők előbb a társadalmi viszonyok 20 különböző mutatóját csopor-

⁷ I. H. Maekinen: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science & Medicine*, 2000, Vol. 51, 1405–1420.

⁸ Uo.

⁹ K. Hawton et al.: The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study, *Psychological Medicine*, 2001, Vol. 31, 827–836.

¹⁰ A. Otsu et al.: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science & Medicine*, 2004, Vol. 58, 1137–1146.

tosították faktorelemzéssel, majd regresszioelemzéssel vizsgálták a faktorok és az öngyilkosság összefüggését. Az eredmények szerint az urbanizáció és a gazdasági fejlődés faktora a vizsgált időszakban végig statisztikailag szignifikáns *negatív* kapcsolatban állt a férfiak öngyilkossági arányszámával, vagyis a modernizáció nem növelte, hanem éppenséggel mérsékelte az önpusztítás kockázatát.

A depriváció kedvezőtlen hatását az öngyilkosság mellett a deviáns viselkedés más formáival foglalkozó kutatások is kimutatták. Matthews és munkatársai például az Egyesült Államok északkeleti és középanyugati ipari régióinak – az ún. "rozsdáövezetnek" – közepes lélekszámú városaiban vizsgálták a romló gazdasági körülmények és a bűnözés kapcsolatát.¹¹ Eredményeik szerint azokon a településeken, amelyeket leginkább sújtott a hagyományos ipar leépülésével együttjáró magas munkanélküliség és elvándorlás, s amelyeken – e folyamatok eredményeként – legmagasabb volt a depriváltság szintje, egyszersmind kiemelkedően gyakori volt az emberölés is.

Módszertani szempontból külön csoportot alkotnak azok a kutatások, amelyek az eddig említett vizsgálatokra jellemző tisztán területi szintű elemzés helyett *többszintű* elemzésre vállalkoztak, összekapcsolva egymással a területi egységek és az ezeken a területeken élő egyének tulajdonságait. Ennek a megközelítésnek a fontosságát az adja, hogy ily módon sikerülhet megállapítani egyrészt a területi szintű depriváció *tiszta*, a népesség társadalmi-demográfiai összetételétől független hatását, másrészt pedig az egyéni és területi ismérvek esetleges *kölcsönhatását*, statisztikai értelemben vett *interakcióját*. Mindennek előfeltétele természetesen az, hogy a szükséges adatok egyszerre álljanak rendelkezésre területi és egyéni bontásban.

Az ilyenfajta többszintű elemzésre példa Smith és munkatársai vizsgálata,¹² amely egyrészt a lakóhely elmaradottságának, másrészt az egyén saját társadalmi státuszának a szív- és érrendszeri megbetegedésre, illetve halálózásra gyakorolt hatását igyekezett feltárni. Az eredmények szerint mindkét tényező önállóan, egymástól függetlenül befolyásolja a betegségeknek ezt a fajtáját. Míg Smith és munkatársai érdeklődésének középpontjában a területi és az egyéni ismérvek hatásának *szétválasztása* állt, addig Stafford és Marmot kutatása¹³ a két tényezőcsoport *kölcsönhatásának*, interakciójának a megállapítására irányult. A szerzők nem találtak statisztikailag szignifikáns interakciót az egyéni és a lakóhelyi depriváció

¹¹ R. A. Matthews et al.: Deindustrialization, economic distress, and homicide rates in midsized rustbelt cities, *Homicide Studies*, 2001, Vol. 5, 83–113.

¹² G. D. Smith et al.: Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1998, Vol. 52, 399–405.

¹³ M. Stafford – M. Marmot: Neighborhood deprivation and health: does it affect us all equally?, *International Journal of Epidemiology*, 2003, Vol. 32, 357–366.

között: miközben mind az egyéni, mind a területi depriváció külön-külön fokozta az egészségkárosodás kockázatát, az egyéni szegénység és a település szintű jólét – tehát a két ellenétes véglet – együttes előfordulása nem rontotta az átlagosnál nagyobb mértékben a vizsgált személyek egészségi állapotát.

SAJÁT KUTATÁSUNK

Abban a kutatásban, amelyről mostani tanulmányunkban beszámolunk, a magyarországi kistérségek szintjén vizsgáltuk a társadalmi-gazdasági fejlődésnek, illetve e fejlődés hiányának, vagyis az elmaradottságnak az öngyilkosságra gyakorolt hatását. Az elemzés az 1996 és 2001 közötti időszakra vonatkozott és 150 kistérségre terjedt ki.

A kutatás tervezése során két módszertani kérdést kellett tisztáznunk. Ezek közül az egyik a *depriváció területi szintű mérésével* volt kapcsolatos. A területi szintű deprivációnak az egészségi állapotra és a halandóságra gyakorolt hatásával foglalkozó empirikus vizsgálatokban az egyik legszélesebb körben használt jelzőszám az ún. *Townsend Deprivation Index*.¹⁴ Ez az index négy népszámlálási mutatót foglal magába: az első a munkanélküliség mértékét tükrözi, a második a lakások zsúfoltságát, a harmadik a gépkocsival nem rendelkező háztartások arányát, végül a negyedik a saját tulajdonú lakással nem rendelkező háztartások arányát. A Townsend-index kiszámítása során előbb a négy mutatót standardizálják, majd az így kapott ún. z-pontszámokat összeadják.¹⁵

Ugyancsak általánosan elterjedt a depriváció hatásával kapcsolatos területi elemzésekben az ún. *Jarman-féle Underprivileged Area Score*.¹⁶ Ezt az indexet eredetileg az egészségügyi ellátás vizsgálatára dolgozták ki, s csak később kezdtek alkalmazni a depriváció mérésére. Az index 8 népszámlálási mutatón alapul, amelyeket a Townsend-indexhez hasonlóan standardizálnak, a mutatók összeállításakor azonban egyszerű összegzés helyett súlyozást használnak. A súlyokat orvosok megkérdezése nyomán alakították ki, s azok az egyes változóknak az orvosok szerint a betegellátásban játszott szerepét tükrözik.

A Townsend- és a Jarman-index az összefoglaló statisztikai indexek létrehozásának kétféle útját szemlélteti. Az előbbi elkerüli a mutatók önkényes rangsorolását,

¹⁴ P. Townsend – P. Phillimore – A. Beattie: *Health and deprivation: inequality and the North*, London, Croom Helm, 1988.

¹⁵ Az eloszlások ferdeségét csökkentendő a négy mutató közül kettő (a munkanélküliség és a túlzsúfoltság) esetében az eredeti adatok helyett azok logaritmusát szerepel.

¹⁶ B. Jarman: Underprivileged areas: validation and distribution of scores, *British Medical Journal*, 1984, Vol. 289, 1587–1592.

ennek ára azonban az, hogy minden mutatót egyforma súllyal vesz figyelembe. Az utóbbi ezzel szemben eltérő fontosságot tulajdonít az indexet alkotó egyes változóknak, ám ezt meglehetősen szubjektív módon – orvosok megkérdezése révén – teszi. Az általunk végzett kutatásban egy harmadik megoldást választottunk: a depriváció összefoglaló indexét az egyes mutatók eltérő súlyozásával hoztuk létre, ugyanakkor a súlyokat a Jarman-index esetében alkalmazottnál kevésbé szubjektív módon, *főkomponens-elemzéssel* határoztuk meg. Ennek a módszernek a segítségével olyan mesterséges változókat – ún. főkomponenseket – hozunk létre, amelyek az eredeti változók lineáris kombinációi (súlyozott összegei), s amelyeket aztán a vizsgált jelenség összefoglaló mutatójaként használunk – a számos egyedi változó helyett – a későbbi statisztikai elemzésekben. A főkomponensek létrehozásakor arra törekszünk, hogy azok az eredeti mutatók varianciájának a lehető legnagyobb hányadát „magyarázzák”, vagyis az ezekben a mutatókban rejlő információtartalom lehető legnagyobb részét megőrizték.

A másik módszertani kérdés, ami tisztázásra várt, az elemzés függő változójával, az öngyilkosságok számával volt kapcsolatos. Az öngyilkosságok száma azok közé a változók közé tartozik, amelyek valamilyen esemény előfordulási gyakoriságát fejezik ki. Az ilyenfajta változók vizsgálatára a kutatók sokszor a hagyományos lineáris regresszióelemzést alkalmazzák. Ez a megoldás alapvetően elfogadható, ha a vizsgált jelenség átlagos előfordulási gyakorisága viszonylag *nagy*, ekkor ugyanis a függő változó eloszlása rendszerint nem tér el túlságosan a lineáris regresszió által feltételezett normális eloszlástól. Más a helyzet azonban, ha a vizsgált jelenség statisztikai értelemben *ritka* előfordulású esemény – mint amilyen például az öngyilkosság. Ilyenkor a függő változó eloszlása többnyire meglehetősen *ferde*: a megfigyelések jelentős része a legalacsonyabb értékek körül tömörül, s innen a magasabb értékek felé haladva a gyakoriság meredeken csökken. Ilyen aszimmetrikus, jobbra ferde eloszlású függő változók esetén a hagyományos lineáris regresszió helyett célszerűbb az általánosított lineáris modellek családjába tartozó *Poisson-regresszió* alkalmazása. (A Poisson-regressziót egy korábbi tanulmányunkban¹⁷ tárgyaltuk részletesen, ezért e módszer technikai kérdéseire ezúttal nem térünk ki bővebben.)

EREDMÉNYEK

Az empirikus elemzés két fő lépésből állt. Először a depriváció összefoglaló mutatóját hoztuk létre *főkomponens-elemzés* segítségével, majd ezt követte a

¹⁷ Moksony F. – Hegedűs R.: The use of Poisson regression in the sociological study of suicide, *Corvinus Journal of Sociology and Social Policy*, 2014, Vol. 5, 97–114.

Poisson-regresszió, amelyben az öngyilkosságok száma szerepelt függő változóként, a főkomponens-elemzés eredményeként kapott főkomponens-pontszám pedig magyarázó változóként.

A depriváció összefoglaló mutatójának létrehozásakor a TSTAR adatbázisra támaszkodtunk; az ebben az adatbázisban található településszintű változókat aggregáltuk a kistérségek szintjére. Az elemzésbe a kistérségek alábbi sajátosságait vontuk be:

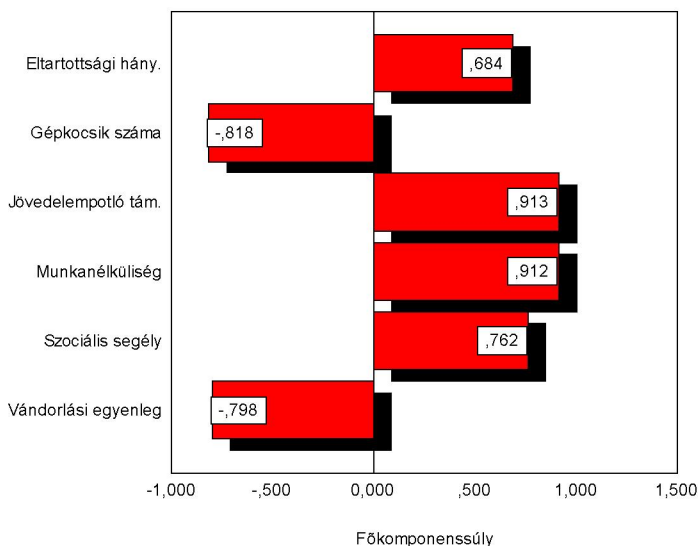
- 1000 lakosra jutó személygépkocsik száma, 1992–1995;
- munkanélküliek a 18–59 évesek %-ában, 1993–1994;
- szociális jövedelempótló támogatásban részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995;
- rendszeres szociális segélyben részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995;
- eltartottsági hányados (a 18 év alatti és 59 év feletti népességnek a 18–59 éves népességhez viszonyított aránya);
- vándorlási egyenleg az 1990–1995 közötti átlagos év végi lakónépesség %-ában.

E hat mutató főkomponens-súlyait – vagyis az egyes mutatók és a depriváció összefoglaló indexeként használt főkomponens közötti korrelációs együtthatók értékét – az 1. táblázat tartalmazza, az 1. ábra pedig grafikus formában szemlélteti a főkomponens és az azt alkotó változók kapcsolatát. A táblázatból, illetve az ábráról látható, hogy a fejlettséget tükröző mutatók (például a gépkocsi-ellátottság) súlyai negatív, az elmaradottságot jelző mutatók (például a munkanélküliségi arány vagy a szociális segélyezés) súlyai viszont pozitív előjelűek, vagyis a főkomponens a depriváció összefoglaló indexeként értelmezhető.

1. táblázat. A főkomponens-elemzésben szereplő változók és főkomponenssúlyaik

Változó	Főkomponens-súly
1000 lakosra jutó személygépkocsik száma 1992–1995	–0,818
Munkanélküliek a 18–59 évesek %-ában, 1993–1994	0,912
Szociális jövedelempótló támogatásban részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995	0,913
Rendszeres szociális segélyben részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995	0,762
Eltartottsági hányados	0,684
Vándorlási egyenleg az 1990–1995 közötti átlagos év végi lakónépesség %-ában	–0,798

1. ábra. A kistérségi főkomponenssúlyok grafikus ábrázolása



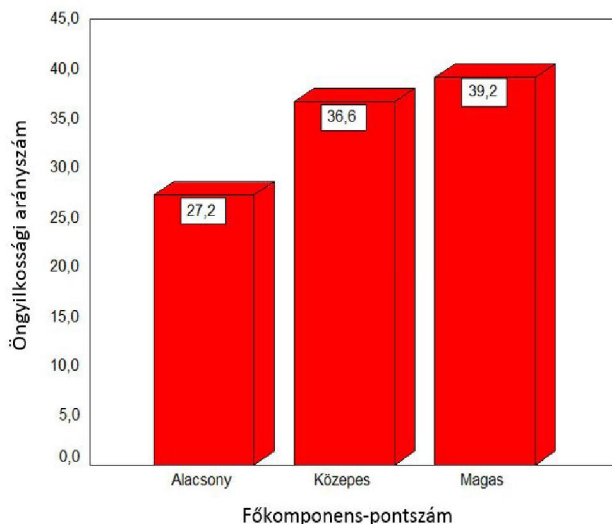
A főkomponens tartalmának érzékletesebb megjelenítése érdekében a főkomponens-pontszámokat három kategóriába (alacsony, közepes, magas) vontuk össze, és mindhárom kategóriában kiszámítottuk az elemzésbe bevont változók átlagait. Ezek az átlagok – amelyek a 2. táblázatban találhatók – kirajzolják mintegy a főkomponens „profilját”. Amint az a táblázatból látható, azokban a kistérségekben, amelyeket a főkomponens-pontszám magas értéke jellemez, alacsony a személygépkocsi-ellátottság szintje, magas a munkanélküliek és a szociális segélyben, illetve jövedelemptőló támogatásban részesülők aránya, kedvezőtlen az eltartottsági hányados értéke, és végül negatív a vándorlási egyenleg. Ezek tehát azok a kistérségek, amelyeket összefoglalóan elmaradottaknak, depriváltaknak nevezhetünk. És megfordítva: azok a kistérségek, amelyekben a főkomponens-pontszám értéke alacsony, tekinthetők fejletteknek – itt, amint azt a táblázat első oszlopa mutatja, nagyobb az 1000 főre jutó gépkocsik száma, kisebb a munkanélküliség, kevesebben szorulnak szociális segélyre, kedvezőbb az aktív és inaktív korosztályok aránya és pozitív a vándorlási egyenleg.

2. táblázat. A főkomponens-elemzésben szereplő változók átlagai
főkomponenspontszám-kategóriáinként

	Főkomponens-pontszám		
	Alacsony	Közepes	Magas
Főkomponens-pontszám átlaga	-1,07142	-0,04931	1,12074
1000 lakosra jutó személygépkocsi száma 1992–1995	218,39	187,69	146,97
Munkanélküliek a 18–59 évesek %-ában, 1993–1994	7,87	10,87	15,27
Szociális jövedelempótló támogatásban részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995	1,15	2,03	3,76
Rendszeres szociális segélyben részesülők a lakónépesség %-ában, 1993–1995	0,19	0,33	0,48
Eltartottsági hányados	0,73	0,78	0,81
Vándorlási egyenleg az 1990–1995 közötti átlagos év végi lakónépesség %-ában	2,06	-1,19	-3,15

A depriváció összefoglaló mutatójának létrehozása után – az elemzés második lépéseként – azt vizsgáltuk, miként befolyásolja a kistérségek társadalmi-gazdasági elmaradottsága az öngyilkosság gyakoriságát. Ehhez először – még a Poisson-regresszió előtt – az imént említett három főkomponenspontszám-kategória mindegyikében kiszámítottuk az adott kategóriához tartozó öngyilkossági arányszámokat. Az eredményeket a 2. ábra tartalmazza. Mint látható, a főkomponens-pontszám alacsony értékétől a magas érték felé haladva – vagyis a települések depriváltságának növekedésével párhuzamosan – az öngyilkossági arányszám fokozatosan *emelkedik*. A legfejlettebb kistérségekben 1996 és 2001 között csupán 27,2 öngyilkosság jutott 100 000 lakosra, míg a legelmaradottabb kistérségekben ez a szám már 39,2 volt. Mindez azt mutatja, hogy a kistérségek szintjén a depriváció *fokozza* az önpusztítás kockázatát.

2. ábra. Kistérségi öngyilkossági arányszámok a három főkomponensszám-kategóriában



A Poisson-regresszió megerősítette ezt az egyszerű grafikus ábrázolás nyomán megfogalmazott következtetésünket. A regresszióelemzés során a következő modellel dolgoztunk:

$$\ln(\lambda_i) = \ln(n_i) + \beta_0 + \beta_1 X_i$$

ahol λ_i az öngyilkosságok 1996 és 2001 közötti átlagos száma az i -edik kistérségben, n_i a népesség száma ugyanebben az időszakban, ugyanebben a kistérségben, X_i ennek a kistérségnek a főkomponens-pontszáma, β_0 és β_1 pedig regressziós együtthatók. Ebben a modellben a népességszám (n) ún. kiegyenlítő (*offset*) változó, amelynek feladata a rizikónépesség eltérő nagyságából adódó különbségek kiszűrése, s amelynek együtthatóját az elemzés során automatikusan 1-nek vesszük. A modell együtthatóinak meghatározására a STATA program-csomagot használtuk.

A Poisson-regresszió eredményeit a 3. táblázat tartalmazza. Amint az a táblázatból látható, a főkomponens-pontszám emelkedésével – vagyis a depriváció mértékének a növekedésével – párhuzamosan az öngyilkosságok átlagos száma is emelkedik, s ez a hatás statisztikailag is erősen szignifikáns. A regressziós együtthatóból (0,155) megállapítható, hogy a főkomponens-pontszám

egy egységnyi növekedése nyomán az öngyilkosságok számának a logaritmusát átlagosan mintegy 0,2-del emelkedik. Célszerűbb azonban az együttható helyett annak antilogaritmusára fordítani a figyelmet, ez ugyanis a magyarázó változónak magára a függő változó átlagára (nem pedig az átlag logaritmusára) gyakorolt hatását fejezi ki, megkönnyítve ezzel az eredmények tartalmi értelmezését. A regressziós együttható antilogaritmusát esetünkben $\exp(0,155) = 1,168$, ami azt jelenti, hogy a főkomponens-pontszám egy egységnyi emelkedése átlagosan 16,8%-kal növeli az öngyilkosságok számát. Ezek az eredmények összhangban vannak az öngyilkossági arányszámok korábban, a 2. ábrán szemléltetett trendjével, és szintén arra mutatnak, hogy a depriváció növeli az öngyilkosság kockázatát.

3. táblázat. A depriváció hatása az öngyilkosságra. A kistérségű szintű Poisson-regresszióelemzés eredményei

Változó	Együttható	Standard hiba	Együttható antilogaritmus
Főkomponens-pontszám	0,155*	0,007	1,168
Konstans	-7,981	0,008	

n = 150 * p < 0,001

Mielőtt azonban túlságosan messzire mennénk a következtetések megfogalmazásával, érintünk kell egy módszertani problémát. A Poisson-regresszió – alapértelmezésben – arra a feltevésre épül, hogy a függő változó átlaga és varianciája – a Poisson-eloszlás sajátosságának megfelelően – *azonos* egymással. A gyakorlatban azonban ez a feltevés sokszor tévesnek bizonyul: a variancia *meghaladja* az átlagot. Ezt a jelenséget hívják a módszertani szakirodalomban „túlszórásnak”. Ilyenkor a regressziós együtthatókra vonatkozó becslések torzítatlanok maradnak ugyan, az együtthatók becsült standard hibái azonban a ténylegesnél *kisebbségek* lesznek, s ennek az alulbecslésnek a következtében a szignifikanciateszt is hamis – mégpedig a valóságosnál *kedvezőbb* – képet mutat. „Túlszórás” esetén tehát az indokoltnál könnyebben kapunk statisztikailag szignifikáns eredményt.¹⁸

Annak megállapítására, hogy saját vizsgálatunkban számolni kell-e a „túlszórás” veszélyével, kiszámítottuk a khi-négyzet mutató és a szabadságfok hányadosát. „Túlszórás” hiányában ugyanis a khi-négyzet mutató várható értéke egyenlő a szabadságfokkal, következésképpen a kettő hányadosa 1. Az 1-nél nagyobb

¹⁸ Erről bővebben lásd Moksony F. – Hegedűs R.: The use of Poisson regression in the sociological study of suicide.

értékek utalnak „túlszórásra”, az 1-nél kisebbek pedig az ennél – legalábbis a társadalomtudományban – ritkábban előforduló „alulszórást” tükrözik, vagyis azt a helyzetet, amikor a függő változó varianciája nem nagyobb, hanem éppenséggel kisebb, mint az átlag. Esetünkben a Pearson-féle khi-négyzet és a szabadságfok hányadosa 9,22-nak, míg a Likelihood-ratio khi-négyzet és a szabadságfok hányadosa 8,88-nak adódott, vagyis mindkét mutató erős „túlszórást” jelzett.

A „túlszórás” problémájának orvoslására az egyik lehetőség a standard hibák utólagos kiigazítása, felfelé korrigálása. A korrekcióhoz a khi-négyzet-mutatók és a szabadságfok hányadosának négyzetgyökét használtuk; az eredményeket a 4. táblázat tartalmazza. Mint látható, a kiigazítás nyomán a főkomponens-pontszám együtthatójának eredeti standard hibája mintegy háromszorosára nőtt. Ennek megfelelően az együttható statisztikai szignifikanciáját jelző z -érték – ami a standard hiba alatt zárójelben található – hasonló arányban, 22,58-ról 7,44-ra, illetve 7,58-ra csökkent. Mindezzel együtt azonban a főkomponens-pontszám hatása a „túlszórás” figyelembevétel után is *statisztikailag erősen szignifikáns maradt*.

A standard hibák utólagos kiigazítása mellett a „túlszórásból” eredő problémák kezelésének másik módja a Poisson-regresszió helyett a *negatív binomiális regresszió* alkalmazása. Ez utóbbi előnye a Poisson-regresszióval szemben, hogy nem követeli meg az átlag és a variancia azonosságát, hanem megengedi, hogy az utóbbi meghaladja az előbbit. A negatív binomiális regresszióelemzés eredményeit az 5. táblázatban foglaltuk össze. Mint látható, a főkomponens-pontszám együtthatója (0,148) igen hasonló a Poisson-regresszióból kapott együtthatóhoz (0,155), és ezúttal is arról tanúskodik, hogy a depriváció mértékének az emelkedése *növeli* az öngyilkosság gyakoriságát. Az együttható antilogaritmus 1,1589, vagyis a főkomponens-pontszám egy egységnyi emelkedése átlagosan mintegy 16%-kal növeli az öngyilkosságok számát. Az együttható standard hibája (0,0260) ugyanakkor lényegesen nagyobb, mint az eredeti – a „túlszórást” figyelmen kívül hagyó – Poisson-regresszióból kapott érték (0,0069), és nagyjából megegyezik khi-négyzet-mutatók és a szabadságfok hányadosának négyzetgyökével korrigált standard hibákkal. A standard hiba emelkedésével párhuzamosan az együttható statisztikai szignifikanciáját jelző z -érték természetesen csökkent (az eredeti 22,58-ról 5,67-ra). Ezzel együtt azonban a főkomponens-pontszám hatása *statisztikailag továbbra is erősen szignifikáns*: a z -értékhez tartozó szignifikanciaszint jóval alatta marad az empirikus kutatásban rendszerint használt 5%-nak.

4. táblázat. A standard hibák kiigazítása

Változó	Együttható	Eredeti standard hiba	Pearson-féle khi-négyzet alapján korrigált standard hiba	Likelihood ratio khi-négyzet alapján korrigált standard hiba
Főkomponens-pontszám	0,1554	0,0069 (22,58)	0,0209 (7,44)	0,0205 (7,58)
Konstans	-7,9809	0,0075 (-1057,23)	0,0229 (-348,16)	0,0225 (-354,79)

Megjegyzés: a standard hiba alatt zárójelben lévő szám a z-érték, azaz a regressziós együttható és a standard hiba hányadosa.

5. táblázat. A negatív binomiális regresszió eredményei

Változó	Együttható	Standard hiba	z-érték	Együttható antilogaritmus
Főkomponens-pontszám	0,1475*	0,0260	5,67	1,1589
Konstans	-7,9927	0,0251	-318,11	
Alfa	0,0816*	0,0110		

n = 2869 *p < 0,001

BIBLIOGRÁFIA

- DURKHEIM, É.: *Az öngyilkosság*, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1967.
- HAWTON, K. ET AL.: The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study, *Psychological Medicine*, 2001, 31, 827–836.
- JARMAN, B.: Underprivileged areas: validation and distribution of scores, *British Medical Journal*, 1984, 289, 1587–1592.
- KOWALSKI, G. S. ET AL.: Urbanism and suicide: a study of American counties, *Social Forces*, 1987, 66, 85–101.
- MAEKINEN, I. H.: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science & Medicine*, 2000, 51, 1405–1420.
- MATTHEWS, R. A. ET AL.: Deindustrialization, economic distress, and homicide rates in midsized rustbelt cities, *Homicide Studies*, 2001, 5, 83–113.
- MOKSONY F.: A fejlődés ára vagy az elmaradottság átka? Az öngyilkosság alakulása Magyarország közsegeiben, *Szociológiai Szemle*, 1995, 2, 73–84.

- MOKSONY F.: Társadalmi mobilitás és öngyilkosság, *Demográfia*, 2005, 48, 7–22.
- MOKSONY F. – HEGEDŰS R.: The use of Poisson regression in the sociological study of suicide, *Corvinus Journal of Sociology and Social Policy*, 2014, 5, 97–114.
- OTSU, A. ET AL.: Effects of urbanization, economic development, and migration of workers on suicide mortality in Japan, *Social Science & Medicine*, 2004, 58, 1137–46.
- SIMPSON, M. – CONKLIN, G.: Socioeconomic Development, Suicide, and Religion: A Test Of Durkheim's Theory of Religion and Suicide, *Social Forces*, 1989, 67, 945–964.
- SMITH, G. D. ET AL.: Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1998, 52, 399–405.
- STACK, S.: The effect of modernization on suicide in Finland: 1800–1984, *Sociological Perspectives*, 1993, 36, 137–148.
- STAFFORD, M. – MARMOT, M.: Neighborhood deprivation and health: does it affect us all equally?, *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32, 357–366.
- TOWNSEND, P. – PHILLIMORE, P. – BEATTIE, A.: *Health and deprivation: inequality and the North*, London, Croom Helm, 1988.

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSÉT CÉLZÓ TÁRSADALOMPOLITIKAI BEAVATKOZÁSOK VIZSGÁLATÁNAK MÓDSZERTANI KÉRDÉSEI



MOKSONY FERENC

Több mint fél évszázaddal ezelőtt jelent meg egy – azóta klasszikussá vált – könyv, amelynek az volt a címe: *How to Lie with Statistics*.¹ Ebben olvashatunk egy gyógyszerről, amely mindössze hét nap alatt meggyógyítja a megfázást. A gyógyszer nélkül viszont – így folytatódik a szöveg – egy egész hétig tart, mire az ember kilábal a betegségből. Ez persze csak vicc – amire azonban ez a példa felhívja a figyelmet, már egyáltalán nem vicc. Egy beavatkozás hatásának megállapításához – legyen szó akár egy meghűlés elleni gyógyszerrel, akár valamilyen, az öngyilkosság megelőzését célzó társadalmi programról – nem elég pusztán végrehajtani a beavatkozást és megnézni, mi történik azután. Tudni kell azt is, mi történt volna a beavatkozás *nélkül* – a beavatkozás hatását csak ehhez a hipotetikus, „mi lett volna, ha nem került volna sor a beavatkozásra” helyzethez képest, ahhoz viszonyítva tudjuk megállapítani. A beavatkozás hatása e kétféle – tényleges és hipotetikus – helyzet különbsége; az a többlet, ami a más tényezőknek köszönhetően a beavatkozás nélkül is bekövetkező változáson túl, azon felül jelentkezik.

Mindez meglehetősen egyszerűen és kézenfekvően hangzik, azonban a beavatkozás nélküli, „mi lett volna, ha nem került volna sor a beavatkozásra” helyzetnek a megállapítása korántsem egyszerű. A beavatkozás utáni tényleges és a beavatkozás nélküli hipotetikus helyzetnek ugyanis – ideális esetben – *egyetlen* szempontból szabad különböznie csupán – és ez az egyetlenegy szempont maga a beavatkozás, annak végrehajtása, illetve elmaradása. Minden más szempontból a két helyzetnek teljesen *egyformának* kell(ene) lennie. Csak így lehetünk biztosak benne, hogy a kétféle helyzet különbsége valóban a beavatkozás hatását tükrözi.

Hogyan lehet ezt a teljes egyformaságot biztosítani? A tökéletes megoldás az lenne, ha vissza tudnánk forgatni az idő kerekét, s a beavatkozást meg nem történtté téve megnézhetnénk, miként viselkedik *ugyanaz* a személy vagy csoport

¹ Darrell Huff: *How to Lie with Statistics*, New York, W. W. Norton & Company, 1954.

akkor, ha *nem* kerül sor a beavatkozásra. Erre persze nincs mód; már a régi görögök is tudták, hogy kétszer nem léphetünk ugyanabba a folyóba. Mit lehet akkor tenni? Lényegében két dolgot. Az egyik, hogy a beavatkozásnak kitett egyéneket nem csupán a beavatkozás után, hanem az *előtt* is megfigyeljük, és ebből a korábbi állapotból következtetünk arra, mi lett volna a beavatkozás elmaradása esetén. A másik, hogy a beavatkozásnak kitett egyének mellett olyanokat is megfigyelünk, akik esetében *nem* került sor a beavatkozásra, s ez utóbbiakat tekintjük úgy, mint akik a „mi lett volna, ha nem csináltunk volna semmit” fel-tételezett helyzetet képviselik.

Miként teljesül e kétféle megoldás esetében a beavatkozás utáni tényleges és a beavatkozás nélküli hipotetikus helyzet egyformaságának imént említett követelménye? Ez attól függ, *miként rendeljük hozzá* a megfigyelési egységeket – rendszerint egyéneket – a kétféle helyzethez. Háromféle hozzárendelési módot érdemes megkülönböztetni.² Az egyik a *randomizálás*, amikor is a megfigyelési egységeket *véletlenszerűen* rendeljük hozzá ahhoz a helyzethez, amelyben sor kerül a beavatkozásra, és ahhoz, amelyben nem. Ez történik például, amikor egy depressziós személyek kezelésére kidolgozott új terápia hatásának vizsgálatakor a véletlen alapján – mondjuk, sorsolással – döntjük el, ki részesül az új gyógyítási módban, és ki nem. A hozzárendelés másik fajtája az önkiválasztás, amelynek jellemzője, hogy az egyének maguk döntenek el, részt vesznek-e a vizsgált programban, vagy nem. Az előző példát folytatva, ebben az esetben a depressziós személyek saját választásán múlik, kipróbálják-e az új terápiát, vagy maradnak a hagyományos kezelési formánál. Végül a harmadik hozzárendelési mód, amikor *már létező természetes csoportok* közül az egyikben végrehajtjuk a beavatkozást, a másikban nem. Egy diákok számára tervezett öngyilkosság-megelőző előadássorozat eredményességének vizsgálatakor például kiválaszthatunk két iskolát, amelyek közül az egyiknek a tanulói meghallgatják az előadásokat, a másikéi viszont nem.

Miként teljesül e három hozzárendelési mód esetében a beavatkozás utáni tényleges és a beavatkozás nélküli hipotetikus helyzet egyformaságának követelménye? Nézzük elsőként a randomizálást! Amikor a megfigyelési egységeket véletlenszerűen rendeljük hozzá ahhoz a helyzethez, amelyben sor kerül a beavatkozásra, és ahhoz, amelyben nem, akkor ezzel egyszersmind ezeknek a megfigyelési egységeknek a különféle *tulajdonságait* – egyének esetében például

² E három hozzárendelési mód mellett létezik egy negyedik is, amikor *egy változó értéke* alapján döntjük el, ki vesz részt a programban, és ki az, aki kimarad abból. Ezzel a megoldással – és az erre a megoldásra épülő kutatástípussal, az ún. *regression discontinuity design*nal – azonban ritkán találkozhatunk az öngyilkosság megelőzését célzó beavatkozások hatásának vizsgálat során, ezért ezt a módszert nem tárgyaljuk ebben a tanulmányban.

a nemüket, életkorukat, vallásukat, jövedelmüket stb. – is véletlenszerűen rendeljük hozzá a kétféle helyzethez. A beavatkozás hatásának megállapítása szempontjából ezek a tulajdonságok *zavaró változóknak* számítanak abban az értelemben, hogy hatásuk összekeveredhet a beavatkozás hatásával, megnehezítve ez utóbbi megállapítását. A randomizálás tehát végső soron *a zavaró változók értékeit osztja szét véletlenszerűen* a beavatkozásban részesülők és az abból kimaradók csoportja között, megszüntetve ezzel ezeknek a változóknak és a beavatkozásnak a szisztematikus kapcsolatát. Teszi ezt ráadásul nem csupán néhány, hanem valamennyi elképzelhető zavaró változó vonatkozásában: még azokéban is, amelyek eszünkbe sem jutnak, vagy amelyek eszünkbe jutnak ugyan, de amelyeket nem tudunk empirikusan megragadni. Ennek eredményeként a beavatkozásban részesülők és az abból kimaradók csoportja *a véletlen határai között egyforma* lesz a zavaró változók szempontjából.³ Ez nem azt jelenti, hogy a két csoport összetétele tökéletesen azonos lesz – mondjuk, pontosan ugyanakkora lesz az idősek és a fiatalok, vagy a férfiak és a nők aránya. Akár jelentős különbségek is maradhatnak, különösen akkor, ha kicsi a minta, azaz a randomizálandó megfigyelési egységek száma. Bármekkora különbségek maradnak is azonban, ezek *tisztán véletlenszerűek*; egyetlen forrásuk van: a randomizálásból eredő véletlen ingadozás. Ennek megfelelően egy randomizált vizsgálatban a beavatkozás után a két csoport között a függő változó átlagában megfigyelt különbségnek – ideális esetben – mindössze két lehetséges magyarázata van: az egyik a *beavatkozás*, a másik a *véletlen*. E két magyarázat közül az utóbbi szignifikanciateszt segítségével – meghatározott valószínűségi szinten – kiküszöbölhető, s a teszt számunkra kedvező kimenetele esetén viszonylag nyugodt szívvel állíthatjuk, hogy a két csoport közötti eltérés valóban a beavatkozásnak tulajdonítható.

Alapvetően más a helyzet a másik két hozzárendelési móddal, az önkiválasztással, illetve a már létező természetes csoportok használatával. Ezekben az esetekben a beavatkozás utáni tényleges és a beavatkozás nélküli hipotetikus helyzet között a beavatkozáson túlmenően minden bizonnyal lesznek olyan *egyéb szisztematikus különbségek* is, amelyek randomizálás hiányában nem váltak véletlenszerű eltéréssé, s amelyek hatása összekeveredhet magának a beavatkozásnak a hatásával. Ha például a betegek maguk döntenek el, igénybe veszik-e a kezelést, előfordulhat, hogy a résztvevők között magasabb lesz a rosszabb lelki

³ Ehhez a megállapításhoz kívánczik azonban egy megszorítás. Az, hogy a randomizálás – a véletlen határai között – minden elképzelhető szempontból egyformává teszi a beavatkozásban részesülők és az abból kimaradók csoportját, a beavatkozás megkezdése *előtti* állapotra vonatkozik csupán. Ezt *követően* már létrejöhetnek olyan szisztematikus különbségek, amelyek okságilag függetlenek a beavatkozás közvetlen hatásától, s amelyek ily módon alternatív magyarázatot jelenthetnek a beavatkozással szemben. Jó példa erre a placebohatás, amikor is a vizsgált gyógyszer hatóanyagán kívül a kezelés pusztá ténye is javíthatja a betegek állapotát.

egészségi állapotban lévők aránya, következésképpen a terápiában részesülők és az abból kimaradók a beavatkozás megtörténte, illetve elmaradása mellett a betegség mértéke szempontjából is különbözni fognak egymástól. Ugyanígy, ha két kiválasztott iskola egyikében megtartjuk a diákok számára tervezett öngyilkosság-megelőző előadássorozatot, a másikban viszont nem, előfordulhat, hogy a programnak otthont adó intézményben nagyobb lesz a magasabb státuszú szülők gyerekeinek az aránya, s így a két iskola a beavatkozáson túl társadalmi összetételében is eltér majd egymástól. Ennek megfelelően önkiválasztás, illetve már létező természetes csoportok használata esetén az összehasonlítandó csoportok között a beavatkozás után a függő változó átlagában megfigyelt eltérésnek nem csupán két, hanem *három* lehetséges forrása van: a beavatkozás és a véletlen mellett számolni kell a *beavatkozással korreláló egyéb szisztematikus különbségekkel* is. Ezek a különbségek – amint azt az iménti példák is érzékeltetik – egyaránt vezethetnek pozitív és negatív irányú torzításhoz, s így a beavatkozás mért hatása nagyobb vagy kisebb is lehet a ténylegesnél. Ha például abban az iskolában, amelyben az öngyilkosság-megelőző előadássorozatot tartjuk, nagyobb a magasabb státuszú szülők gyerekeinek az aránya, az ilyen családokból származó diákok pedig másoknál kedvezőbben reagálnak a programra, akkor a valóságosnál *eredményesebbnek* fog tűnni a beavatkozás, hiszen annak remélt pozitív hatására ráakodik az iskolák eltérő társadalmi összetételéből fakadó *azonos* előjelű – azaz szintén pozitív – torzítás. Ezzel szemben, ha a terápiát választó betegek állapota rosszabb, mint a kezelésből kimaradóké, akkor a *ténylegesnél kevésbé sikeresnek* – vagy akár teljesen eredménytelennek is – tűnhet a beavatkozás, hiszen a betegség kezdeti mértéke a kezelés vélhetően kedvező hatásával *ellentétes* előjelű mesterséges korrelációt hoz létre a beavatkozás és a terápia utáni lelki egészség között.⁴

* * *

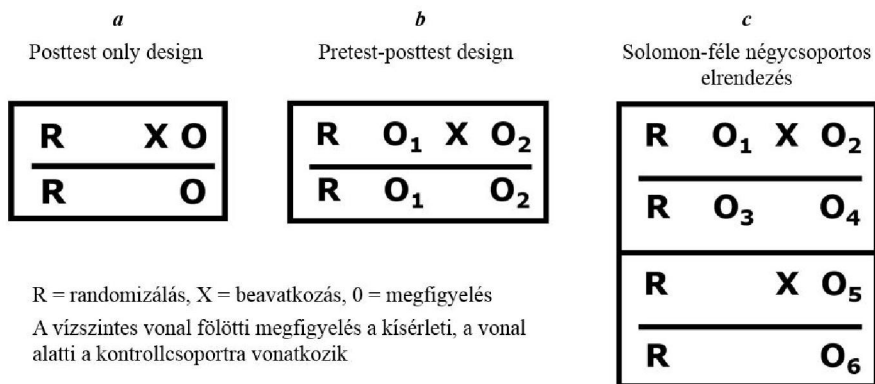
Az eddigiekben tárgyalt háromféle hozzárendelési mód alapján a társadalompolitikai beavatkozások hatását vizsgáló kutatások két nagy csoportba sorolhatók. Azokat a vizsgálatokat, amelyek esetében a megfigyelések hozzárendelése randomizálással történik, *valódi kísérleteknek*, azokat pedig, amelyek önkiválasztáson vagy már létező természetes csoportok használatán alapulnak, *kvázi-kísérleteknek* nevezzük.

⁴ Ezt a jelenséget nevezik a módszertani szakirodalomban szupresszorhatásnak. (A szupresszorhatásról bővebben lásd Moksony Ferenc: *Gondolatok és adatok. Társadalomtudományi elméletek empirikus ellenőrzése*, 2., bővített kiadás, Budapest, Aula, 2006, 181–196.)

A VALÓDI KÍSÉRLET FŐ TÍPUSAI

A valódi kísérletnek három fő típusát különböztethetjük meg.⁵ A legegyszerűbb az ún. *posttest only design*, amelynek sajátossága, hogy mind a beavatkozásnak kitett egyéneket (ők alkotják a kísérleti csoportot), mind pedig a beavatkozásból kimaradó személyeket (ők képezik a kontrollcsoportot) *egyetlen* alkalommal figyeljük meg csupán, éspedig a beavatkozás *után* (1. a ábra). Ellentétben a kvázi-kísérlettel, amelyben – a randomizálás hiánya miatt – ez a kutatástípus csak korlátozottan alkalmas megalapozott oksági következtetések levonására, a beavatkozás tényleges hatásának megállapítására, a valódi kísérlet esetében nem ez a helyzet. A randomizálás ugyanis – ideális esetben – biztosítja, hogy a kísérleti, illetve kontrollcsoportokhoz tartozás – ami a fő magyarázó változó szerepét játssza az elemzésben – a megfigyelési egységek semmilyen tulajdonságával sem áll szisztematikus kapcsolatban, következésképpen nincs olyan mesterséges vagy hamis korreláció, amelyet ezek a tulajdonságok hozhatnának létre, s amelyet statisztikai eszközökkel – mindenekelőtt kontrollváltozó bevonásával – kellene kiküszöbölnünk.

1. ábra. A valódi kísérlet három típusa



Az „ideális eset” persze meglehetősen ritka; a véletlen hozzárendelés során általában előfordulnak kisebb-nagyobb hibák. Ráadásul – amint azt hamarosan látni fogjuk – alacsony mintanagyság esetén a randomizálás ellenére is jelentős

⁵ Donald T. Campbell – Julian C. Stanley: *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Boston, Houghton Mifflin, 1963.

különbségek maradhatnak az összehasonlítható csoportok között. Ezen túlmenően a kutatás *statisztikai érzékenysége* is növelhető egy, a függő változóval erősen korreláló új magyarázó változó bevonásával, egy ilyen változó bevonása ugyanis csökkentheti a hibavarianciát, ezen keresztül pedig mérsékelheti a standard hibát.⁶ Mindezek miatt a kutatók a beavatkozás utáni megfigyelést (amelyet rendszerint *posttest*nek neveznek) gyakran kiegészítik egy beavatkozás *előtti* megfigyeléssel (ez utóbbit többnyire *pretest*nek hívják). Ez a kiegészítés vezet el a valódi kísérlet második típusához, a *pretest–posttest design*hoz (1. b ábra).

A *pretest*nek az elmondottakon túl további előnyei is lehetnek. Ezek egyike, hogy lehetővé teszi a beavatkozás és a *pretest* esetleges *interakciós hatásának* vizsgálatát, vagyis annak a helyzetnek a feltárását, amikor is a beavatkozás hatása – akár annak az erőssége, akár pedig az iránya – függ a *pretest* értékétől. Képzeljünk el például egy olyan kutatást, amelynek középpontjában az a kérdés áll, nagyobb elrettentő hatása van-e az újbóli bűnelkövetés szempontjából a börtönbüntetésnek, mint az enyhébb otthoni felügyeletnek. Előfordulhat, hogy ez a hatás teljesen más a már többszörösen elítéltek és a még „kezdő” bűnözők esetében: lehet, hogy míg az előbbi csoportban a börtönnek van elrettentő hatása, az utóbbiakat éppenséggel „szocializálja” a bűnöző életmódra, növelve ezzel a majdani bűnelkövetés kockázatát. Ráadásul ez a két ellentétes irányú hatás kiolthatja egymást, megteremtve annak látszatát, hogy a szigorúbb büntetési módnak egyáltalán nincs semmilyen befolyása.

A *pretest* előnyeiről szólva még egy dolgot érdemes megemlíteni. Egy kísérlet folyamán gyakran előfordul, hogy a megfigyelési egységek egy része menet közben kikerül a vizsgálatból – ezt nevezik általában *lemorzsolódás*nak. Ez a probléma különösen akkor fenyeget, ha a beavatkozás és a *posttest* között viszonylag hosszú idő telik el. Ilyenkor a *pretest* segíthet annak megállapításában, hogy ez a fajta lemorzsolódás *szelektív* volt-e, egyrészt abban az értelemben, hogy vannak-e lényeges, szisztematikus különbségek a vizsgálatból kikerülők és az abban továbbra is részt vevők között; másrészt pedig abban az értelemben, hogy a lemorzsolódás eltérően érintette-e a kísérleti és a kontrollcsoportot.

A *pretest*nek azonban nem csupán előnyei vannak – lehetnek hátrányai is. A legnagyobb probléma, hogy a *pretest* befolyásolhatja a vizsgált személyek *viselkedését*,⁷ ezáltal pedig korlátozhatja a kutatás *külső* érvényességét, vagyis az eredmények más, az éppen vizsgált helyzettől eltérő helyzetekre történő általánosíthatóságát. A *pretest*nek ez a hatása többféleképpen is érvényesülhet. Egyrészt a *pretest* felkeltheti a vizsgált egyének érdeklődését a kutatás témája iránt,

⁶ Erről bővebben lásd Moksony Ferenc: *Gondolatok és adatok – Társadalomtudományi elméletek empirikus ellenőrzése*, 2., bővített kiadás, Budapest, Aula, 2006, 138–139, 163–164.

⁷ Ezt nevezik az angol nyelvű szakirodalomban *pretest sensitization*nek.

növelheti a motiváltságukat. Másrészt ráébredsztheti őket arra, mire is „megy ki” az egész kutatás, mik a kutatók szándékai, előzetes várakozásai, és ez aztán oda vezethet, hogy magatartásukkal igyekeznek megfelelni ezeknek a várakozásoknak, azaz olyan válaszokat adnak a *posttest*-ben, amelyekről úgy gondolják, hogy összhangban van a kutatók elképzeléseivel. Végül előfordulhat, hogy a *pretest* egyfajta elköteleződést jelent a résztvevők számára, ez pedig azután – mivel az emberek rendszerint szeretnek konzisztensek lenni (vagy legalábbis annak látszani) – csökkenheti a későbbi véleményváltozás esélyét.

Egy konkrét példa segíthet jobban megérteni a *pretest* viselkedést befolyásoló hatását, és azt, hogy ez a hatás hogyan érinti a kutatás érvényességét. Tegyük föl, hogy egy olyan program eredményességét vizsgáljuk, amelynek célja a fiatalok AIDS-szel kapcsolatos ismereteinek a bővítése. Egy iskola diákjait véletlenszerűen két csoportra osztjuk: az egyik csoport részt vesz a programban (ez lesz a kísérleti csoport), a másik nem (ez lesz a kontrollcsoport). Mivel viszonylag kevés tanuló jár az iskolába, a randomizálás esetleges pontatlanságát ellensúlyozandó *pretest*-et alkalmazunk, vagyis a program elkezdése előtt mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportban megnézzük, mennyit tudnak már a diákok az AIDS-ről. Milyen hatással lehet a *pretest* a vizsgálat érvényességére – mind a belső, mind pedig a külső érvényességére?⁸ Ami a *belső* érvényességet illeti, mivel a *pretest*-et a kísérleti és a kontrollcsoportban egyaránt alkalmazzuk, annak hatása mindkét csoportban egyformán érvényesül, következésképpen a köztük lévő különbséget – amit mi a beavatkozás hatásának tekintünk – nem befolyásolja. A kutatás belső érvényességét tehát a *pretest* nem csökkenti. Más a helyzet a *külső* érvényességgel. Amennyiben a *pretest* befolyásolja a vizsgált személyek magatartását – vagyis más értéket kapunk a *posttest*-re attól függően, hogy van-e *pretest* vagy nincs –, akkor ez *korlátozza az eredmények általánosíthatóságát*, hiszen ebben az esetben az eredmények csak olyan egyénekre lesznek érvényesek, akiknél szintén sor került *pretest*-re. (Természetesen, ha a *pretest* a valós életben is része

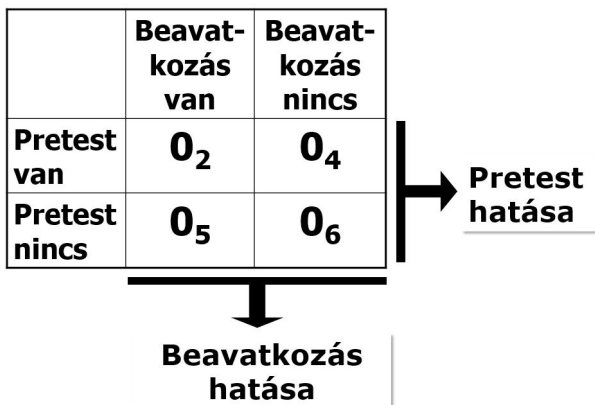
⁸ A belső és külső érvényesség megkülönböztetése Donald Campbell munkássága révén vonult be a módszertani szakirodalomba. Campbell értelmezésében a belső érvényesség fogalma arra vonatkozik, *valóban az általunk feltételezett okági mechanizmus hozta-e létre* a magyarázó és a függő változó között megfigyelt összefüggést (Thomas Cook – Donald T. Campbell: *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, Boston, Houghton Mifflin, 1979, 50 skk; William Shadish – Thomas Cook – Donald T. Campbell: *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Boston, Houghton Mifflin, 2002, 53 skk). Mennél inkább igennel válaszolhatunk erre a kérdésre – mennél több alternatív magyarázatot sikerül kiküszöbölnünk –, annál nagyobb a kutatás belső érvényessége. A külső érvényesség fogalma ezzel szemben arra vonatkozik, hogy az általunk megfigyelt összefüggés *mennyire általánosítható más megfigyelési egységekre, illetve más kutatási helyzetekre*. Mennél szélesebb körre általánosíthatók az eredmények, annál nagyobb a kutatás külső érvényessége.

a beavatkozásnak, akkor ez nem jelent különösebb problémát – egy iskolában például, ahol a tesztírás, teljesítményértékelés része a mindennapi rutin tevékenységnek, a *pretest* hatása viszonylag csekély lehet.)

A *pretest*nek ezt a külső érvényességet csökkentő hatását igyekeznek kiküszöbölni a valódi kísérlet harmadik fajtája, amelyet általában *Solomon-féle négycsoportos elrendezésnek* neveznek (1. c ábra). Ez a kutatástípus lényegében nem más, mint az előző két típus összekapcsolása, kombinációja (az 1. c ábrán jól látható, hogy *posttest only design*ra mintegy „ráraktuk” a *pretest-posttest design*t). A Solomon-féle négycsoportos elrendezés előnye, hogy segítségével *el tudjuk különíteni egymástól a beavatkozás és a pretest hatását*. Sőt, ezen túlmenően vizsgálni tudjuk a két tényező statisztikai értelemben vett *interakcióját* is, vagyis meg tudjuk állapítani, *módosítja-e a pretest a beavatkozás hatását* – más hatása van-e a beavatkozásnak azoknál, akiknél van *pretest*, mint azoknál, akiknél nincs. Mindennek megértéséhez nézzük meg a 2. ábrát, amely az 1. c ábrán szereplő négy *posttest* értéket mutatja más elrendezésben.

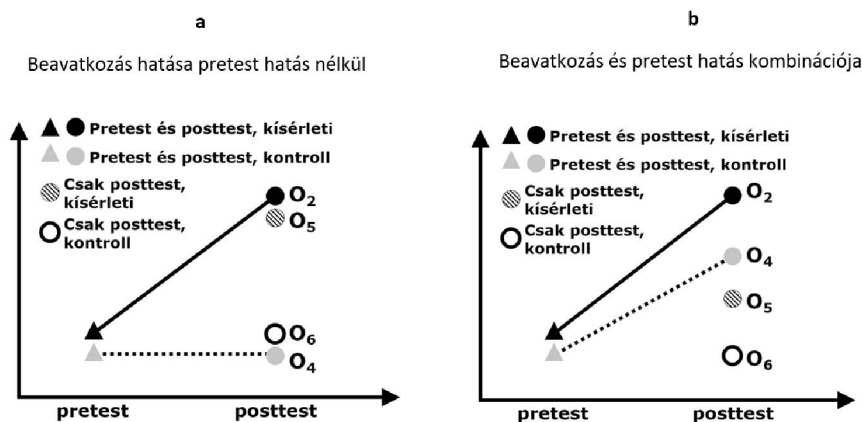
Amennyiben a beavatkozás *pretesttől függetlenül* befolyásolja a vizsgált jelenséget, úgy mind az O_2 és O_4 , mind pedig az O_5 és O_6 közötti különbség statisztikailag szignifikáns lesz, ugyanakkor e két különbség között nem lesz jelentős a véletlen határain túlmenő eltérés. Amennyiben viszont a beavatkozás hatása más azoknál, akiknél volt *pretest*, mint azoknál, akiknél nem – vagyis *van interakció* –, akkor éppenséggel a két különbség közötti eltérés lesz statisztikailag szignifikáns.

2. ábra. A Solomon-féle négycsoportos elrendezés



A Solomon-féle négycsoportos elrendezés tárgyalásának befejezéseként érdemes szemügyre venni a 3. ábrát, amely a beavatkozás és a *pretest* hatásának kétféle kombinációját szemlélteti. A 3. a ábra azt a helyzetet mutatja, amikor a beavatkozásnak van, a *pretest*nek viszont nincs befolyása. Látható, hogy a *pretest*ben részesülő és az abban nem részesülő kísérleti csoportok *posttest* értéke (O_2 és O_5) gyakorlatilag azonos, és ugyanez igaz a két kontrollcsoportra is (O_6 és O_4). Ugyanakkor – és ez jelzi a beavatkozás hatását – mind a *pretest*ben részesülő, mind az abban nem részesülő kísérleti csoportok *posttest* értéke jelentősen meghaladja a megfelelő kontrollcsoportok *posttest* értékét (O_2 vs. O_4 és O_5 vs. O_6). A 3. b ábra ezzel szemben azt a helyzetet tükrözi, amikor a beavatkozásnak és a *pretest*nek egyaránt van – éspedig additív – hatása. Az ábrának ezt a részét meg nézve láthatjuk, hogy mind a *pretest*ben részesülő, mind az abban nem részesülő kísérleti csoport *posttest* értéke jelentősen meghaladja a megfelelő kontrollcsoport *posttest* értékét (O_2 vs. O_4 és O_5 vs. O_6), vagyis a beavatkozásnak valóban van hatása. Hasonlóképpen van hatása a *pretest*nek is, amit az mutat, hogy mind a kísérleti, mind pedig a kontrollcsoport esetében a *pretest*ben részesülők *posttest* értéke lényegesen magasabb, mint a *pretest*ben nem részesülőké (O_2 vs. O_5 és O_4 vs. O_6). Azt is láthatjuk ezenkívül, hogy a kísérleti és a kontrollcsoport *posttest* értékei közötti különbség nagysága a *pretest*ben részesülők és az abban nem részesülők esetében gyakorlatilag ugyanakkora ($O_2 - O_4 \approx O_5 - O_6$), ami azt jelzi, hogy nincs interakciós hatás, a *pretest* nem módosítja a beavatkozás hatását.

3. ábra. A beavatkozás és a *pretest* hatásának kétféle kombinációja



RANDOMIZÁLÁS ÉS MINTANAGYSÁG

Korábban említettük már, hogy a randomizálás kimenetele függ a megfigyelési egységek számától, és kis mintanagyság esetén a véletlen hozzárendelés ellenére is jelentős különbségek maradhatnak az összehasonlítandó csoportok között. Tanulmányunknak ebben a részében ezt a kérdést járjuk körül közelebbről, megmutatva egyúttal azt is, miként védi a szignifikanciateszt logikája a kutatót a kis mintanagyságból eredő problémákkal szemben.

A megfigyelési egységek számának a randomizálás kimenetelére gyakorolt befolyása egy szimulációs kísérlettel szemléltethető legegyszerűbben. Változtatni fogjuk a mintanagyságot, és megnézzük, mi történik ennek nyomán a kísérleti és a kontrollcsoport között a véletlen hozzárendelés után is megmaradó eltérések mértékével. Az első esetben a mintában 200 megfigyelési egység szerepel, amelyek 1-től 200-ig terjedő sorszámot kapnak. Ha a randomizálás sikeresen kiegyenlíti a két csoport összetételét, akkor a kísérleti és a kontrollcsoport átlagos sorszámanak nagyjából azonosnak, az átlag számszerű értékének pedig közelítőleg 100-nak kell lennie. Amint azt az 1. táblázat első számoszlopából láthatjuk, valóban ez a helyzet: a sorszám átlagok a két csoportban 100,4 és 100,6, a köztük lévő különbség elenyésző, és statisztikailag messze nem szignifikáns. A második esetben a minta jóval kisebb, mindössze 20 megfigyelési egységből áll, amelyeket 1-től 20-ig terjedő sorszámmal látunk el. Amennyiben a randomizálás kellően kiegyenlíti a két csoport összetételét, akkor a kísérleti és a kontrollcsoport átlagos sorszámanak ezúttal is közel azonosnak, az átlag számszerű értékének pedig nagyjából 10-nek kell lennie. Amint azt az 1. táblázat második számoszlopából láthatjuk, ez most távolról sincs így: a kísérleti csoport átlaga 8,3, a kontrollcsoporté pedig 12,7, vagyis a különbség meglehetősen nagy.

1. táblázat. A mintanagyság hatása a randomizálás kimenetelére

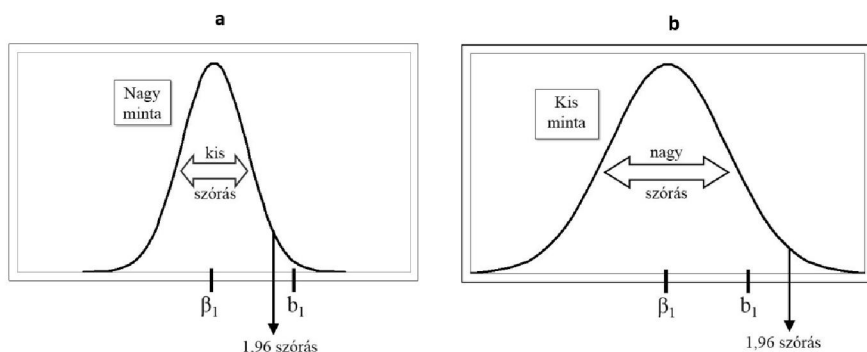
	n = 200	n = 20
Kísérleti csoport	100,4	8,3
Kontrollcsoport	100,6	12,7
Különbség statisztikai szignifikanciaszintje	p = 0,981	p = 0,097

A randomizálás tehát – amint azt ez a szimulációs kísérlet is érzékeltette – valóban viszonylag nagy minták esetén működik igazán; a mintanagyság csökkenésével párhuzamosan valóban csökken annak az esélye is, hogy a randomizálás

olyan kísérleti és kontrollcsoportot hoz létre, amelyek összetétele egyforma. Mindez azonban nem feltétlen jelent problémát a kutatásból levont oksági következtetések megalapozottsága – vagyis a kutatás belső érvényessége – szempontjából. Ehhez ugyanis az is kell, hogy azok a tényezők, amelyek szempontjából a randomizálásnak nem sikerül kiegyenlítenie a kísérleti és a kontrollcsoport összetételét, egyszersmind a függő változót is közvetlenül befolyásolják. Enélkül a két csoport között fennmaradó esetleges különbségek nem hozhatnak létre mesterséges (hamis) korrelációt az általunk vizsgált magyarázó változó (a beavatkozás) és a függő változó (a beavatkozással megváltoztatni kívánt jelenség) között. Hiába sokkal nagyobb például a kísérleti osztályban a lányok aránya, mint a kontrollosztályban, ha a diákok neme nincs hatással a tanulmányi eredményre, akkor mindez nem befolyásolja az eredmények alapján megfogalmazott oksági következtetéseket.

Van egy másik dolog is, ami mérsékli az alacsony mintanagyság okozta problémák súlyát. Ez pedig nem más, mint a szignifikanciateszt működésének a logikája. A szignifikanciateszt ugyanis figyelembe veszi a megfigyelések számát – mégpedig úgy, hogy mennél kisebb a minta, annál *kisebb* valószínűséggel bizonyul *ugyanaz* a különbség szignifikánsnak, illetve annál *nagyobbnak* kell lennie egy különbségnek ahhoz, hogy szignifikáns legyen. A 4. ábra jól szemlélteti mindezt.

4. ábra. A mintanagyság hatása a randomizálás kimenetelére



Az ábra mindkét felén pontosan ugyanakkora hatás, pontosan ugyanakkora – β_1 -től, a feltételezett 0 sokasági értéktől pontosan ugyanannyira eltérő – regressziós együttható (b_1) látható. Az ábra bal oldali, *a* jelű része egy olyan helyzetet ábrázol, amikor sok megfigyelésünk van, s amikor ezért a mintavételi eloszlás szórása, a standard hiba viszonylag kicsi. A regressziós együtthatónak a sokasági értéktől

való távolsága *nagyobb*, mint 1,96 szórás, következésképpen az együtthatót statisztikailag szignifikánsnak nyilvánítjuk. Az ábra jobb oldali, *b* jelű részén ezzel szemben egy olyan helyzet látható, amikor a megfigyelések száma kicsi, s amikor a standard hiba ennek megfelelően viszonylag nagy. A regressziós együtthatónak a sokasági értéktől való távolsága ezúttal *kisebb*, mint 1,96 szórás, következésképpen az együttható – noha az előzővel teljesen megegyező hatást tükröz – most statisztikailag *nem* szignifikáns. A mintanagyság csökkenésével párhuzamosan tehát ugyanaz a hatás egyre nehezebben, egyre kisebb valószínűséggel bizonyul statisztikailag szignifikánsnak, illetve – ami ugyanannak az éremnek a másik oldala – egyre nagyobb, a feltételezett sokasági értéktől egyre messzebb eső együtthatóra van szükség a statisztikai szignifikancia eléréséhez. A kis esetszám tehát egyfelől valóban növeli annak esélyét, hogy a randomizálás dacára akár jelentős eltérések is maradjanak a kísérleti és a kontrollcsoport összetételében, másfelől viszont a szignifikanciateszt figyelembe veszi a mintanagyságot, ezáltal pedig véd bennünket attól, hogy valódi különbséget „fedezzünk fel” ott, ahol pedig csupán véletlen ingadozás van, és téves oksági következtetéseket fogalmazunk meg. (Erről győzz meg az 1. táblázat második számoszlopa is; itt azt láthatjuk, hogy hiába jelentős a kísérleti és a kontrollcsoport között a randomizálás után fennálló különbség, az statisztikailag – a szokásos 5%-os szinten – nem szignifikáns.)

CSOPORTOK RANDOMIZÁLÁSA

A valódi kísérletről – és az annak alapját képező randomizálásról – mind ez idáig úgy beszéltünk, mint amelynek során *egyedi megfigyeléseket* – rendszerint egyéneket – rendelünk hozzá véletlenszerűen egy kísérleti és egy kontrollcsoporthoz. Előfordul azonban, hogy a hozzárendelés egysége nem az egyén, hanem a *csoport* – azaz nem egyéneket, hanem egyének csoportjait (például egész iskolákat vagy településeket) rendelünk hozzá véletlenszerűen a kísérleti és a kontrollcsoporthoz. A randomizálásnak ezt a formáját nevezik *csoport-* vagy *klaszter-randomizálásnak*.

Mi indokolhatja ennek a randomizálási módnak az alkalmazását? Az egyik ok, hogy bizonyos esetekben lényegében ez az egyedüli járható út. Képzeljünk el például egy olyan mentálhigiénés programot, amelynek keretében háziorvosoknak szervezünk továbbképzést annak érdekében, hogy ennek révén javítsuk az ellátási körzetükbe tartozó betegek lelki egészségi állapotát. A képzés kiterjedhet olyan ismeretekre, amelyek megkönnyítik a depresszió vagy az öngyilkossági kockázat felismerését, illetve olyan pszichológiai, életvezetési tanácsokra, amelyeket aztán

tovább adhatnak pácienseiknek. Ebben az esetben a kézenfekvő – sőt, alighanem az egyedüli kivitelezhető – megoldás az, hogy *orvosokat* rendelünk hozzá véletlenszerűen a kísérleti csoporthoz (amelynek tagjai részesülnek a képzésben) és a kontrollcsoporthoz (amelynek tagjai kimaradnak a lehetőségből). Lényegében tehát *teljes orvosi körzeteket* randomizálunk, nem pedig az ezekbe a körzetekbe tartozó egyedi betegeket – ugyanakkor a beavatkozás hatását ez utóbbiak szintjén, az egyes betegek egészségi állapotának javulásán vagy romlásán mérjük. Vagyis a randomizálás során alkalmazott hozzárendelési egység – amelyet randomizálunk – az orvosi körzet (betegek egész csoportja), az elemzési egység viszont az orvoshoz forduló egyedi betegek. (A hozzárendelési és az elemzési egység közötti különbségre még visszatérünk, amikor a klaszter-randomizálás módszertani, statisztikai következményeiről beszélünk majd.)

Mi lenne egy ilyen – klaszter-randomizáláson alapuló – kutatási terv alternatívája, ha hagyományos módon, egyének (a példában betegek) randomizálásával akarnánk megoldani a dolgot? Ebben az esetben a betegeket véletlenszerűen kellene hozzárendelni az orvosok két csoportjához – azokhoz, akik részt vesznek a képzésben, és azokhoz, akik nem. Könnyű belátni, hogy ez a megoldás nem túl életszerű, és ezért nehezen – vagy alig – kivitelezhető. Marad tehát az orvosi körzetek véletlenszerű hozzárendelése, vagyis a klaszter-randomizálás.

Ugyanígy kivitelezhetőségi szempontok indokolták a csoport-randomizálás alkalmazását abban a kutatásban, amelyet Indonéziában végeztek az 1980-as években annak megállapítására, hogy a gyerekeknek adott vitaminpótlás csökkenti-e a halandóság mértékét.⁹ Ebben a példában az egyénszintű randomizálás azt jelentette volna, hogy egy településen az ott élő gyerekeket véletlenszerűen két részre osztják – az egyik rész kapja a vitamint (ez lesz a kísérleti csoport), a másik viszont nem (ez lesz a kontrollcsoport). Erre azonban politikai okokból nem volt lehetőség; a helyi társadalom valószínűleg nem fogadta volna el, hogy ugyanabban a faluban egyes gyerekek kapjanak vitamint, míg másokat kizárnak ebből. Maradt tehát ezúttal is a csoportos randomizálás: kiválasztottak összesen 450 falut, majd ezt a 450 falut véletlenszerűen két részre osztották – az egyik részbe kerülő 229 településen végrehajtották a vitaminpótlási programot, a másik részt alkotó 221 falu pedig kontrollként szolgált.

A kivitelezhetőség mellett van egy másik ok is, amely sokszor a klaszter-randomizálás alkalmazását indokolja. Ez pedig az, hogy a hagyományos, egyénszintű randomizálás használata esetén a kísérleti és a kontrollcsoportot gyakran *nehéz elszigetelni* egymástól – a kísérleti csoport tagjai mintegy „megfertőzik”

⁹ Alfred Sommer et al.: Impact of vitamin a supplementation on childhood mortality. A randomised controlled community trial, *The Lancet*, 327, 1986, 1169–1173.

a kontrollcsoport tagjait, s ily módon a beavatkozás átkerül a kontrollcsoport-ra is. Példaként gondoljunk egy olyan kutatásra, amelynek célja egy új tanítási módszer hatásának megállapítása. Kiválasztunk egy iskolát, s az oda járó gyerekeket véletlenszerűen két részre osztjuk – a társaság egyik része az új módszer szerint tanul (ők alkotják a kísérleti csoportot), a másik pedig a régi szerint (ők alkotják a kontrollcsoportot). Ugyanabba az iskolába járó gyerekekről lévén szó, a két csoport tagjai tanítási időn kívül – például szünetekben vagy az órák után – minden valószínűség szerint találkoznak egymással, s a beszélgetések során vélhetőleg szó esik a vizsgálat tárgyáról, az új tanítási módszerről is. Ez pedig azt eredményezheti, hogy *a beavatkozás nem korlátozódik kizárólag a kísérleti csoport tagjaira*, hanem bizonyos mértékig átkerül a kontrollcsoport tagjaira is.

Másik példaként gondoljunk egy olyan programra, amelynek célja a modern születésszabályozási módszerek elterjesztése a fejlődő országokban. Kiválasztunk egy falut valamelyik fejlődő országban, a település lakóit pedig véletlenszerűen két részre osztjuk – egyik részüket megtanítjuk, mondjuk, az óvszer és a fogamzásgátló gyógyszerek használatára (ők alkotják a kísérleti csoportot), másik részüket pedig nem (ők alkotják a kontrollcsoportot). Ugyanannak a falunak a lakóiról lévén szó, a két csoport tagjai minden bizonnyal találkoznak, beszélgetnek egymással, s e beszélgetések során vélhetőleg szó esik a programról, az óvszerhasználatról, a fogamzásgátló gyógyszerekről. Ez pedig megint csak azt eredményezheti, hogy a beavatkozás nem korlátozódik kizárólag a kísérleti csoport tagjaira, hanem bizonyos mértékig átkerül a kontrollcsoport tagjaira is. A beavatkozásnak ezt a kontrollcsoportra való átkerülését gátolhatja – de legalábbis mérsékelheti – a klaszter-randomizálás, vagyis ha nem egy iskola diákjait, vagy egy település lakóit, hanem egész iskolákat, illetve településeket rendelünk hozzá véletlenszerűen a kísérleti és a kontrollcsoportokhoz. Az egymástól többé-kevésbé távol eső, egymással kevésbé intenzív kapcsolatban álló iskolák, illetve települések között ugyanis vélhetőleg jóval kisebb a beavatkozás átkerülésének az esélye, mint ugyanannak az iskolának tanulói, illetve ugyanannak a falunak a lakói között.

Látjuk tehát, hogy bizonyos helyzetekben indokolt lehet egyének helyett egyének csoportjait randomizálni, vagyis a hagyományos randomizálás helyett klaszter-randomizálást alkalmazni. Akár azért, mert eleve ez az egyedüli ésszerű és kivitelezhető megoldás, akár pedig azért, mert így csökkenthetjük a beavatkozás kontrollcsoportra való átkerülésének a kockázatát. De milyen módszertani, statisztikai következményekkel jár a hozzárendelés formájának ez a megváltoztatása – egyének helyett egyének csoportjainak a randomizálása? A válaszhoz érdemes különbséget tennünk két dolog: a *hozzárendelési* egység és az *elemzési* egység között. Amennyiben a hozzárendelés és az elemzés szintje egyaránt

a csoport, akkor a klaszter-randomizálás alkalmazása nem vet fel különösebb módszertani problémákat. Ez lenne a helyzet egy olyan kutatásban, amelynek célja annak megállapítása, hogy a bűnözőkkel szembeni rendőri fellépés megszigorítása – úgy, ahogyan az például Rudolph Giuliani polgármestersége idején történt New Yorkban az 1990-es években – valóban csökkent-e a bűnözés mértékét. A településeket véletlenszerűen két csoportra osztjuk – egyik részükben megszigorítjuk a bűnözőkkel szembeni rendőri fellépést, másik részükben minden marad a régiben. Egy idő után aztán összehasonlítjuk egymással a két csoportot a bűnözés mértéke (mondjuk, a 10 ezer lakosra jutó bűncselekmények száma) szempontjából. Ebben a példában a hozzárendelés egysége a település – és az elemzés szintje is a település, hiszen a bűnözés mértékét a települések szintjén mérjük; a 10 ezer lakosra jutó bűncselekmények száma a település mint egész sajátossága.

Bonyolultabb a dolog akkor, ha *a hozzárendelés és az elemzés szintje nem azonos*: a hozzárendelés egysége a csoport (iskola, település stb.), az elemzés szintje viszont nem a csoport, hanem az egyén (az iskola tanulói vagy a település lakói). Az előző példát folytatva, ez lenne a helyzet akkor, ha továbbra is a településeket randomizálnánk – egyik részükben megszigorítanánk a bűnözők elleni rendőri fellépést, másik részükben nem –, a beavatkozás hatását azonban nem azzal mérnénk, hogy miként alakult a települések egészét tekintve a bűnözés mértéke (a 10 ezer főre eső bűncselekmények száma), hanem mondjuk, megkérdeznénk a települések lakóit, mennyire félnek attól, hogy bűncselekmény áldozatává válnak. Vagy megkérdeznénk tőlük, mernek-e este egyedül sétálni az utcán. Ebben az esetben a randomizálás szintje továbbra is a település lenne – az elemzés szintje viszont *már nem a település, hanem a településen élő egyének*.

Mik a módszertani sajátosságai ennek a helyzetnek? Az elemzés szintje az egyén, ennek megfelelően a statisztikai következtetés során – vagyis amikor szignifikanciatesztet végzünk, illetve konfidencia-intervallumot számítunk – *mintanagysággént a vizsgálatba összesen bevont egyénnel számolunk* (és alapértelmezésben ezzel számolnak a különféle adatelemző programok is). Ha mondjuk 10 iskolát rendelünk véletlenszerűen a kísérleti és a kontrollcsoporthoz, és minden iskolába 200 diák jár, akkor – gondolhatnánk – a mintanagyságunk $10 \cdot 200 = 2000$ – ezt a számot használjuk a standard hiba meghatározásakor, és így erre a számra alapozzuk végső soron az egész szignifikanciatesztet, illetve a konfidencia-intervallum számítását.

De tényleg ekkora a mi mintánk? Tényleg van 2000 egymástól független megfigyelésünk? Aligha, hiszen az *azonos iskolába* járó gyerekek nyilvánvalóan *nem függetlenek egymástól*, van egy csomó közös vonásuk – ugyanaz a tanár tanítja őket, vélhetően hasonló a családi háttérük stb.). Következésképpen két

ugyanabból az iskolából származó tanuló nem „ér annyit” a mintanagyság szempontjából, mint két olyan tanuló, akik *más-más* iskolákba járnak. Vagy ahogyan a statisztikusok rendszerint megfogalmazzák: az egy csoportba tartozó megfigyelések függősége miatt az *effektív* mintanagyság kisebb a *névlegesnél*, azaz a vizsgálatba összesen bevont egyének számánál. Amikor mi mégis ez utóbbit használjuk a statisztikai következtetés során, akkor ez azzal jár, hogy – a túlbecsült mintanagyság miatt – alulbecsüljük a standard hibát, ezáltal pedig túlságosan könnyen kapunk statisztikailag szignifikáns eredményt, illetve konfidencia-intervallumunk túlságosan szűk lesz, megtevesztően pontosnak mutatva a becslésünket.

Az effektív és a tényleges mintanagyság kapcsolatát a következő formulával fejezhetjük ki:

$$\text{Effektív mintanagyság} = \frac{\text{Névleges mintanagyság}}{\text{Design effect}}$$

Ebben a formulában a névleges mintanagyság a vizsgálatba ténylegesen bevont személyek számát jelenti, az effektív mintanagyság pedig azt mutatja meg, hogy ez a szám *mennyit is ér* igazából – azt követően, hogy figyelembe vettük a megfigyelések közötti függőséget. Végül a formula harmadik eleme, a *design effect* úgy értelmezhető, hogy az egyénszintű randomizáláshoz viszonyítva *hányszor nagyobb* mintára volna szükségünk amiatt, hogy klaszter-randomizálást alkalmazunk, s ezért a megfigyelések nem függetlenek egymástól. Ha például a *design effect* értéke 2, akkor ez azt jelenti, hogy a megfigyeléseknek a klaszter-randomizálásból eredő függősége miatt kétszer akkor mintára, kétszer annyi személy bevonására lenne szükségünk ugyanakkora becslési pontosság eléréséhez, mint egyén szintű randomizálás esetén.

A *design effect* számszerű értéke – lényegében a klaszter-randomizálásért fizetendő ár nagysága – két tényezőtől függ: egyrészt az *egy klaszterre jutó megfigyelések számától* (mennél nagyobb ez a szám, mennél nagyobb az egyes klaszterek mérete, annál nagyobb a *design effect*, vagyis annál nagyobb árat fizetünk azért, hogy egyének helyett csoportokat randomizáltunk); másrészt attól, hogy *mekkora a függőség vagy hasonlóság az azonos klaszterhez tartozó megfigyelések*

között, s ebből adódóan mennyire kicsi ezeknek a megfigyeléseknek az információértéke – ahhoz viszonyítva, mint hogyha ezek a megfigyelések eltérő klaszterekhez tartoznának.¹⁰ A *design effect* formulája jól tükrözi e két tényező szerepét:

$$\text{Design effect} = 1 + \rho (m-1)$$

Ebben a formulában m az egy klaszterre jutó megfigyelések száma, ρ pedig az azonos klaszterhez tartozó megfigyelések közötti függőség mértékének számszerűsítésére szolgáló *klaszteren belüli (intraclass) korrelációs együttható*. Ez a mutató azt jelzi, hogy a vizsgált változó teljes szóródásának (variációjának) mekkora hányada esik a klaszterek közé:

$$\rho = \sigma^2_B / (\sigma^2_B + \sigma^2_W),$$

ahol σ^2_B a klaszterek *közötti* variancia (a klaszterátlagoknak a főátlagtól való átlagos négyzetes eltérése), σ^2_W pedig a klaszteren *belüli* variancia (a saját klaszter átlagától való átlagos négyzetes eltérés mértéke). A klaszteren belüli (*intraclass*) korrelációs együttható értéke 0 és 1 között változhat: ha a klaszter átlagok teljesen egyformák, és minden szóródás klasztereken *belül* van, akkor $\sigma^2_B = 0$ és így $\rho = 0$; ha pedig egy klaszteren belül minden egyéni érték *azonos*, akkor $\sigma^2_W = 0$ és így $\rho = 1$.

Most, hogy már tisztában vagyunk a csoportos randomizálás módszertani, statisztikai következményeivel, a következő kézenfekvő kérdés az, mit lehet tenni a probléma megoldása érdekében. Hogyan végezzük az adatelemzést akkor, ha adataink csoportos randomizáláson alapuló kutatásból származnak? Amit mindenképp el kell kerülni, az a struccpolitika, ami ebben az esetben azt jelenti, hogy figyelmen kívül hagyjuk a csoportos randomizálás sajátos tényét, és úgy elemezzük az adatokat, mintha azok egyénszintű randomizáláson alapuló kutatásból származnának. Az egyik lehetséges megoldás összhangba hozni a hozzárendelés és az elemzés szintjét: mivel a hozzárendelés csoportok, nem pedig egyének szintjén történt, az adatelemzést is csoportok, nem pedig egyének szintjén végezzük. Ha ugyanis a hozzárendelés és az elemzés szintje egyaránt a csoport, akkor – amint azt már említettük – a klaszter-randomizálás alkalmazása nem vet fel különösebb módszertani problémákat. Vagyis ha az elemzés során egyénszintű adatok helyett *klaszterenkénti átlagokkal* dolgozunk, akkor a klaszteren belüli függőség problémájával már nem kell számolnunk. Egy másik lehetőség,

¹⁰ Az egy klaszteren belüli megfigyelések hasonlósága eredhet akár *egyének közötti érintkezésből*, akár pedig abból, hogy ezek az egyének *ugyanannak a környezetnek* vannak kitéve.

hogy egyénszintű adatokat használunk, ezeket azonban a *design effecttel* korrigáljuk. A korrekció vonatkozhat a *mintanagyságra* (ebben az esetben a névleges mintanagyságot elosztjuk – mintegy „defláljuk” – a *design effecttel*), illetve vonatkozhat a standard hibákra (ebben az esetben a standard hibákat szorozzuk – hiszen most felfelé korrigálunk – a *design effect* négyzetgyökével). Végül a legkifinomultabb megoldás, hogy olyan statisztikai módszert használunk, amely eleve, beépítetten figyelembe veszi a klaszter randomizálás tényét.

A TERMÉSZETES KÍSÉRLET

A valódi kísérlet – abban a formájában, ahogyan mind ez idáig beszéltünk róla – megkívánja, hogy a kutató ténylegesen alkalmazza a randomizálást, vagyis, hogy ő maga végrehajtsa a megfigyelési egységeknek a kísérleti, illetve a kontrollcsoporthoz történő véletlen hozzárendelését. Néha azonban a kutató helyett mintegy a természet végzi el a randomizálást, azaz a *dolgok szerencsés alakulása* hoz létre olyan helyzetet, amely lényegében felér egy valódi kísérlettel. Ilyenkor beszélünk természetes kísérletről.

A természetes kísérletek egy részében a kutató olyan helyzetekre bukkan, amelyek *gyakorlatilag randomizáltak tekinthetők* – de szigorú értelemben véve mégsem tisztán véletlen hozzárendelés eredményeként jönnek létre. Jó példa erre a 19. században élt angol orvos, John Snow híres vizsgálata,¹¹ amelyben két vízszolgáltató társaság fogyasztóinak a halandóságát hasonlította össze annak érdekében, hogy bizonyítsa a szennyezett ivóvíznek a kolera kialakulásában játszott szerepét. Bár Snow meggyőzően tudott érvelni amellett, hogy a két cég ügyfelei között nem volt semmilyen szisztematikus különbség, az egyes fogyasztók mégsem valódi randomizálással kerültek egyik vagy másik szolgáltatóhoz. Más esetekben viszont az összehasonlítandó csoportok *ténylegesen véletlen hozzárendeléssel* – rendszerint valamilyen sorsolással – jönnek létre. Ennek legismertebb példája az a sorozási lottó, amelyet 1969-ben – a vietnami háború idején – rendeztek az Egyesült Államokban annak eldöntésére, hogy a hadköteles korú férfiak közül kiket hívjának be katonának. Ennek keretében születési dátumokat húztak ki véletlenszerűen egy urnából – minél hamarabb húzták ki valakinek a születési dátumát, annál biztosabb volt, hogy behívják katonának, és harcolnia kell a vietnami háborúban. Bár a sorozási lottó eredeti célja a hadseregbe történő behívás pártatlanságának a biztosítása volt, egyszersmind egy természetes kísérlet lehetőségét is kínálta a kutatók számára. A sorsolás ugyanis *teljesen*

¹¹ John Snow: *On the Mode of Communication of Cholera*, 2nd ed., London, John Churchill, 1855.

véletlenszerűen hozta létre a katonai szolgálatra kötelezettek és a szolgálat alól mentesülők két csoportját, amelyek ily módon kizárólag a behívás kockázata szempontjából különböztek egymástól, semmilyen más szisztematikus eltérés nem volt köztük.

A sorozási lottó kínálta lehetőséget számos kutatás igyekezett kiaknázni. Az egyik legkorábbi – még az 1980-as években végzett – vizsgálat a sorozásnak a későbbi halálózásra, ezen belül egyebek között az öngyilkosságra gyakorolt hatásával foglalkozott. Az eredmények szerint a sorozás statisztikailag szignifikáns mértékben növelte a halálozás – különösen az erőszakos halálozás – kockázatát. Az öngyilkosság kockázata például 13%-kal, a halálos kimenetelű autóbaleset kockázata pedig 8%-kal volt nagyobb a besorozottak körében, mint a sorozás alól mentesülők csoportjában.¹²

Ezekkel a kutatásokkal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy *a sorozási lottó véletlen jellegéből adódó módszertani előnyök csak a besorozottak és a sorozás alól mentesülők csoportjainak az összehasonlítására vonatkoznak* – csak ennek a két csoportnak az esetében igaz az, hogy az egyének véletlenszerűen kerültek egyikbe, illetve másikba, következésképpen csak ezt a két csoportot tudjuk úgy szembeállítani egymással, hogy a sorozáson kívül semmilyen más szisztematikus különbség ne legyen közöttük. A sorozás azonban nem feltétlen jelent *tényleges* háborús bevetést – ugyanúgy, ahogyan a sorozás alól való mentesülés sem okvetlenül jelenti a háborús bevetés *tényleges* elmaradását. A besorozottak egy része valóban harcolt, más része azonban nem – és ugyanígy a nem besorozottak egy része valóban kimaradt a háborúból, más része azonban nem (ők önkéntesnek jelentkeztek). Az pedig, hogy például egy besorozottból hogyan lesz valóban harcoló katona, *már nem véletlenszerű* – itt már ugyanolyan *szelekció* érvényesül, mint egy kvázi-kísérletnél (mint például amikor a depresszióban szenvedő betegek eldöntik, hogy részt vesznek-e egy számukra kínált kezelésben). Ennek megfelelően *a ténylegesen harcolók és a ténylegesen nem harcolók összehasonlítására a sorozási lottó véletlen jellegéből adódó módszertani előnyök már nem vonatkoznak.*

Mit lehet tenni ebben a helyzetben? Az egyik lehetőség, hogy maradunk a besorozottak és a sorozás alól mentesülők összehasonlításánál – függetlenül attól, hogy a két csoport tagjai közül kik harcoltak *ténylegesen*, és kik nem. Vagyis az összehasonlítást arra korlátozzuk, amire a véletlenszerű hozzárendelés valóban kiterjed. Ezt a stratégiát hívják a módszertani szakirodalomban *intention-to-treat* elemzésnek; az elnevezés magyarázata, hogy ebben az esetben azokat

¹² Norman Hearst – Thomas B. Newman – Stephen B. Hulley: Delayed Effects of the Military Draft on Mortality, *New England Journal of Medicine*, 314, 1986, 620–624.

hasonlítjuk össze, akikre a beavatkozás, illetve annak elmaradása szándékunk szerint kiterjed (és akik esetében a randomizálás valóban érvényesül) – függetlenül attól, hogy ez a szándék meg is valósul-e.

Egy másik lehetőség az ún. *instrumentális változó* és a *kétfokozatú legkisebb négyzetek módszerének* az alkalmazása. Ennek a megoldásnak a lényege, hogy első lépésben (ez az 1. fokozat) a randomizálással létrejött eredeti (szándékunk szerinti) besorolás (a példában: besorozták – nem sorozták be) alapján megbecsüljük a későbbi, már nem randomizálással kialakult besorolást (harcolt – nem harcolt); majd második lépésben (ez a 2. fokozat) az így kapott becslést használjuk magyarázó változóként az eredeti magyarázó változó helyett. A mostani példában ez azt jelenti, a sorozás alapján becsült katonai részvételt használjuk a tényleges részvétel helyett. E kétlépcsős eljárás értelme, hogy mivel maga a sorozás (szemben a tényleges katonai szolgálattal) véletlenszerű volt, az, hogy valakit besoroztak-e vagy sem, független minden olyan egyéb oksági tényezőtől, amely a vizsgált függő változót (például a halandóságot) – a katonai szolgálaton kívül – még befolyásolja, s amelyet mi a regressziós modell hibátényezőjébe „száműzünk”. Következésképpen, ha mi a sorozás alapján megbecsüljük a tényleges katonai szolgálatot, akkor az így kapott becsült érték (lévén az a sorozás tökéletes függvénye) szintén független lesz minden olyan egyéb oksági tényezőtől, amely a vizsgált függő változót befolyásolja – ellentétben a katonai szolgálat tényleges értékével, amely már nem véletlen hozzárendelés eredménye, s ezért minden bizonnyal korrelál ezekkel az oksági tényezőkkel. Ha tehát mi a katonai szolgálat tényleges értéke helyett a sorozás alapján becsült értéket használjuk magyarázó változóként – ezt a becsült értéket nevezik instrumentális változónak –, akkor ez az új magyarázó változó már nem fog korrelálni a regressziós modell hibátényezőjével (amely a függő változó egyéb, a modellből kihagyott okait tartalmazza).

* * *

A társadalompolitikai beavatkozások hatását vizsgáló kutatások korábban megkülönböztetett két típusa, a valódi és a kvázi-kísérlet közül mind ez idáig az előbbivel foglalkoztunk. A valódi kísérlet fő vonása, mint láttuk, a randomizálás, amely véletlenszerűen osztja szét a beavatkozásnak kitett és abból kimaradó csoportok között a megfigyelési egységek tulajdonságait, s ezzel megakadályozza, hogy ezek a tulajdonságok – amelyek a beavatkozás hatásának megállapítása szempontjából zavaró változóknak számítanak – szisztematikus kapcsolatba kerüljenek a vizsgált programmal. Alapvetően más a helyzet a kvázi-kísérlet esetében: itt a randomizálás hiánya miatt az összehasonítandó csoportok a beavatkozáson kívül rendszerint *egy sor egyéb dologban is szisztematikusan különböznek egymástól*, s

ezek a beavatkozással korreláló különbségek alternatív magyarázatot jelentenek az általunk feltételezett oksági tényezővel – nevezetesen a beavatkozással – szemben, vagyis ugyanúgy képesek megmagyarázni a csoportok között a függő változó átlagában megfigyelt eltéréseket, mint maga a beavatkozás. A kutatónak elsősorban a vizsgálat felépítésével kell igyekeznie kiküszöbölni mind többet ezek közül az alternatív magyarázatok közül, mintegy *a kutatástervezés eszközeivel pótolva a randomizálást*. Amikor most, tanulmányunk utolsó részében – a terjedelem korlátai miatt csupán egész röviden és vázlatosan¹³ – áttekintjük a kvázi-kísérletek legfontosabb típusait, látni fogjuk, hogy amint az elemzés egyszerűbb formáitól haladunk a bonyolultabbak felé, az alternatív magyarázatok mind szélesebb körét sikerül kiküszöbölnünk. Cserébe tehát azért, hogy a kutatás felépítése egyre összetettebbé válik, egyszersmind egyre biztosabb, egyre szilárdabb lábakon álló oksági következtetésekre nyílik módunk.

Munkánk legelején hangsúlyoztuk, hogy egy beavatkozás hatásának megállapításához nem elég pusztán végrehajtani azt, és megnézni, mi történik azután; tudni kell azt is, mi történt volna a beavatkozás *elmaradása* esetén. Láttuk, hogy erről a hipotetikus, „mi lett volna, ha nem került volna sor a beavatkozásra” helyzetről alapvetően kétféle módon próbálhatunk meg képet alkotni: egyrészt úgy, hogy a beavatkozásnak kitett egyéneket nem csupán a beavatkozás után, hanem az *előtt* is megfigyeljük; másrészt pedig úgy, hogy a beavatkozásnak kitett egyének mellett olyanokat is megfigyelünk, akik esetében *nem* került sor a beavatkozásra. A beavatkozás hatására az első esetben az időbeli változás vizsgálata, a másodikban pedig a kísérleti és a kontrollcsoport összehasonlítása révén következtethetünk.

IDŐBELI VÁLTOZÁS VIZSGÁLATÁN ALAPULÓ KVÁZI-KÍSÉRLETEK

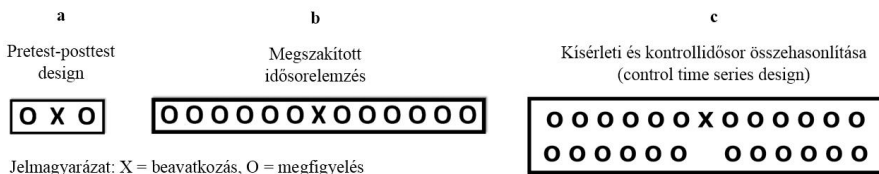
Az időbeli változás vizsgálatán alapuló kvázi-kísérletek legegyszerűbb formája a *pretest-posttest design*, amelynek alkalmazásakor a függő változó beavatkozás előtti és utáni egy-egy értékét hasonlítjuk össze egymással (5. a ábra). Képzeliünk el egy kutatást, amely azt vizsgálja, miként befolyásolja a fegyverrel elkövetett öngyilkosságok időbeli alakulását a fegyvertartási szabályok megszigorítása. Adatokat gyűjtünk az öngyilkosságoknak a szigorítást megelőző, illetve az azt követő

¹³ Egy korábbi tanulmányunkban (Moksony Ferenc: A hatáselemzés módszerei, in Bartus Tamás – Lannert Judit – Dr. Moksony Ferenc – Németh Szilvia – Papp Z. Attila – Dr. Szántó Zoltán: *A fejlesztéspolitikai intézkedések társadalmi hatásainak vizsgálata*, Budapest, TÁRKI, 2005, 41–112.) a mostani vázlatos áttekintésnél jóval részletesebben, a statisztikai elemzés módszereire is kitérve tárgyaltuk a kvázi-kísérletek fő típusait. Jelen munkánknak ez a része értelem-szerűen támaszkodik erre a korábbi tanulmányra.

hónapban megfigyelt számáról, majd e két adatpontot egy koordináta-rendszerben ábrázoljuk (6. a. ábra). Ennek az ábrának az alapján a fegyverkorlátozás felettébb eredményesnek tűnik: a két időpont között jelentősen csökkent a halálesetek száma. Mi van azonban, ha a fegyverkorlátozás ellenzői azt mondják: két időpont kevés, az intézkedés hatásának megállapításához több megfigyelésre van szükség? Ők is elkészítik a maguk ábráját, amelyen a korábbi két hónap adatai egy hosszabb idő-sorba illesztve jelennek meg (6. b. ábra). Ez az új nézőpont alapvetően más megvilágításba helyezi a kérdést: a 6. a. ábrán még a korlátozás hatásának tűnő csökkenésről kiderül, hogy az igazából egy *hosszabb távú trend*, egy régebb óta tartó folyamat következménye. A vizsgált jelenség átlagos szintje a beavatkozásunk *nélkül is* csökkent volna; mi pusztán „meglovagoltuk” az amúgy is létező tendenciát.

Hogyan lehetne kiküszöbölni a trendet mint alternatív magyarázatot? A 6. b. ábra lényegében már sugallja a megoldást. Ha kiszélesítjük a megfigyelések körét, azaz ha mind a beavatkozás előtt, mind pedig azt követően nem csupán egy-egy, hanem több megfigyelést is végzünk, akkor a beavatkozás valódi hatását el tudjuk különíteni attól a látszólagos hatástól, amely igazából csupán az idő-sorban érvényesülő trend következménye. Ez a felismerés ölt testet a kvázi-kísérletnek abban a típusában, amelyet *megszakított idő-sorelemzésnek* nevezünk, s amelyet az 5. b. ábra szemléltet.

5. ábra. Az időbeli változás vizsgálatán alapuló kvázi-kísérletek három típusa

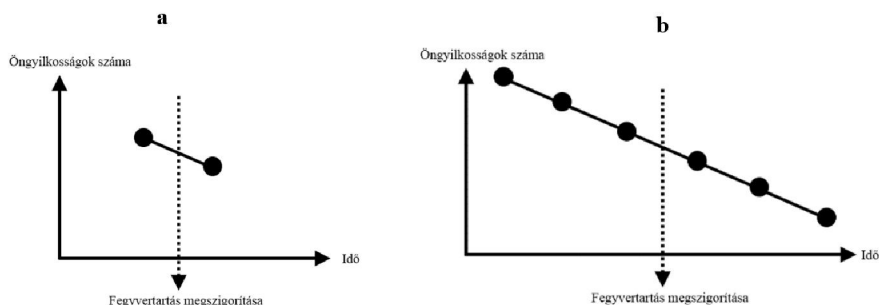


Bár a megszakított idő-sorelemzés jelentős előrelépés a *pretest-posttest design*hoz viszonyítva, van egy alternatív magyarázat, amellyel a kvázi-kísérletnek ez a típusa sem képes megbirkózni. Ez pedig a *beavatkozással egy időben* bekövetkező, attól azonban okságilag független *egyéb események* hatása. Az Egyesült Államokban például az iskoláskor küszöbén álló gyerekek számára az 1960-as évek közepén elindított Head Start programmal szinte azonos időben kezdődött a hasonló korú gyerekeknek szóló Sesame Street elnevezésű oktatási televízió-sorozat sugárzása. A két esemény egyidejűsége megnehezítette az egyes programok külön-külön hatásának megállapítását. Ugyanezzel a problémával találkozunk szembe magunkat akkor is, ha egy öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett egyéneknek szánt mentálhigiénés

szolgáltatás eredményességét vizsgálnánk, és a beavatkozással egyidejűleg megváltozna a halálesetek orvosi, hatósági minősítésére vonatkozó szabályozás. Ebben az esetben megint csak nem lenne egyszerű eldöntetni, hogy az öngyilkosságok számának esetlegesen megfigyelt csökkenése a program hatékonyságát tükrözi-e, vagy csupán a statisztikai nyilvántartás módosulásának köszönhető.

Hogyan lehetne kiküszöbölni az alternatív magyarázatoknak ezt az újabb fajtáját? Hogyan lehetne „leválasztani” a beavatkozás tényleges hatásáról a vele egy időben zajló egyéb történések hatását? Önmagában a megszakított idősorelemzés „hatókörének” további kiszélesítése nyilvánvalóan kevés erre, hiszen hiába növeljük – akár az időben előre, akár hátra – a megfigyelések számát, a két esemény együttjárása, korrelációja megmarad. Amennyiben viszont a beavatkozás *térben szűkebb* körre terjed ki, mint a vele egyidejű egyéb esemény, akkor az általunk vizsgált idősor mellé bevonhatunk egy olyan *másik idősort* is az elemzésbe, amelynek az esetében *a beavatkozás elmarad, az egyéb esemény hatása azonban érvényesül*. Ezt a másik idősort nevezzük kontrollidősornak, szemben az eredeti idősorral, amelyet kísérleti idősornak hívunk. A kontrollidősorban bekövetkezett változás jelzi számunkra, miként módosult a vizsgált jelenség időbeli alakulása *pusztán az egyéb esemény* nyomán. A kontrollidősort megfigyelve tehát képet kapunk az egyéb esemény hatásának a nagyságáról, s ezt azután le tudjuk vonni abból a teljes változásból, amelyet a kísérleti idősorban megfigyeltünk. Így azután a kísérleti idősorban tapasztalt teljes változásnak csak azt a részét tulajdonítjuk a beavatkozásnak, amely a kontrollidősorban észlelt változáson felül, ahhoz képest mintegy „pluszként” jelentkezik. Ez a gondolat ölt testet a kvázi-kísérletnek abban a típusában, amely a kísérleti és a kontrollidősor összehasonlítására épül, s amelyet általában *control time series design*nek neveznek (5. c ábra).

6. ábra. A trend mint alternatív magyarázat



Az időbeli változás vizsgálatán alapuló kvázi-kísérletek három fajtájának ez a rövid áttekintése is jól érzékelteti, miként pótolhatja – bizonyos korlátok között legalábbis – a kutatástervezés a randomizálás hiányát; miként növelhetjük a vizsgálat felépítésének okos megválasztásával a sikeresen kiküszöbölt alternatív magyarázatok számát, s miként erősíthetjük ezzel a kapott eredmények belső érvényességét. Míg az egyszerű *pretest-posttest design* sem a trend, sem az egyéb egyidejű események hatásával nem tudott megbirkózni, a megszakított idősorelemzés már alkalmas volt legalább az egyik – a trend – kiszűrésére, a *control time series design* pedig lehetővé tette mindkét alternatív magyarázat kiküszöbölését (lásd 2. táblázat).

2. táblázat. A *pretest-posttest design*, a megszakított idősorelemzés és a *control time series design* összehasonlítása az alternatív magyarázatok kiküszöbölése szempontjából

Alternatív magyarázat	Pretest-posttest design	Megszakított idősorelemzés	Control time series design
Trend	✗	✓	✓
Egyidejű egyéb esemény	✗	✗	✓

KÍSÉRLETI ÉS KONTROLLCSOPORT ÖSSZEHASONLÍTÁSÁN ALAPULÓ KVÁZI-KÍSÉRLETEK

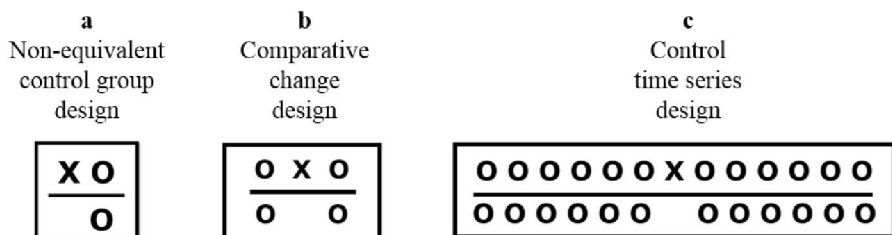
Hasonló a helyzet a kvázi-kísérletek másik nagy csoportja, a *kísérleti és kontrollcsoport összehasonlításán* alapuló kutatások esetében. Ezek legegyszerűbb formája a *non-equivalent control group design*, ahol is a kísérleti és a kontrollcsoportot egyetlen időpontban hasonlítjuk össze egymással, éspedig a beavatkozás után (7. a ábra). Jól szemlélteti ezt a kutatástípust az a vizsgálat, amelyet az Egyesült Államokban végeztek a Three Mile Island atomerőműben 1979-ben bekövetkezett súlyos baleset lelki egészségre gyakorolt hatásának feltárására.¹⁴

¹⁴ Stanislav V. Kasl et al.: The impact of the accident at the Three Mile Island on the behavior and well-being of nuclear workers; Part I: perceptions and evaluations, behavioral responses, and work-related attitudes and feelings, *American Journal of Public Health*, 71, 1981, 472–483;

Mivel a katasztrófát nem lehetett előre látni, időbeli összehasonlításra nem volt mód; egyedüli megoldásként egy *másik, a tragédia által nem érintett* erőművel való összehasonlítás jöhetett szóba. Az eredmények szerint a Three Mile Island erőmű alkalmazottainak a lelki egészségi állapota lényegesen rosszabb volt, mint a kontrollként használt erőműben dolgozóké: gyakoribb volt a düh, a szorongás és a különféle fizikai tünetek.

Az alternatív magyarázatok közül a *non-equivalent control group design* mindekenélőtt a *szelekció* fenyegeti, vagyis az, hogy mivel a megfigyelési egységek nem randomizálással kerülnek a kísérleti és a kontrollcsoportba, minden bizonytalanság lesznek közöttük olyan *egyéb, a beavatkozástól okságilag független szisztematikus különbségek*, amelyek ugyanúgy előidézhethetnek függő változó átlagában megfigyelt eltéréseket, mint maga a beavatkozás. A Three Mile Island kutatásban kiderült például, hogy a kontrollként szolgáló erőmű korábban épült, így az ott dolgozók az előmeneteli hierarchia magasabb fokán álltak, és ezért többet is kerestek – ez a magasabb jövedelem pedig éppen úgy megmagyarázhatta a jobb lelki egészségi állapotukat, mint az, hogy itt nem történt baleset.

7. ábra. A kísérleti és kontrollcsoport összehasonlításán alapuló kvázi-kísérletek három típusa

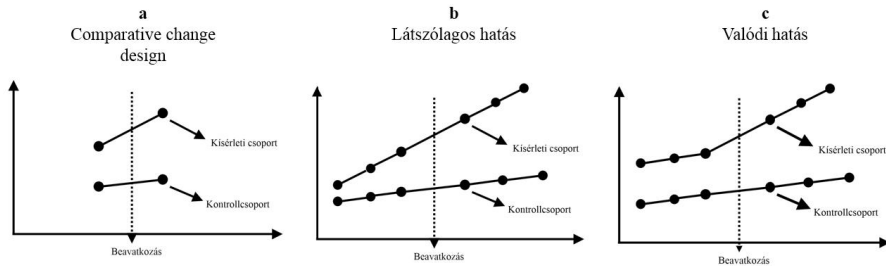


Az egyik lehetséges lépés a szelekció mint alternatív magyarázat kiküszöbölése felé a *pretest* bevonása, ez ugyanis egyrészt kiegyenlíti a csoportokat a függő változó korábbi – beavatkozás előtti – átlaga szempontjából, másrészt alkalmas lehet a magyarázó változók szerinti összetételbeli különbségekből eredő torzítás mérséklésére is. A *non-equivalent control group design*-nek ez a kibővítése vezet el a *comparative change design*-hez, amelynek használatakor a kísérleti, illetve a kontrollcsoportban a *pretest* és a *posttest* között bekövetkezett változásokat

Stanislav V. Kasl et al.: The impact of the accident at the Three Mile Island on the behavior and well-being of nuclear workers; Part II: job tension, psychophysiological symptoms, and indices of distress, *American Journal of Public Health*, Vol. 71, 1981, 484–495.

hasonlíttuk össze egymással (7. b ábra). Bár ez a kutatástípus alkalmas a szelekció kiszűrésére, a szelekció és a trend esetleges *interakciója* okozta torzítással már nem képes megbirkózni. Elképzelhető ugyanis, hogy a két csoport nem csupán a függő változó beavatkozás előtti átlagos szintje, hanem e változó *időbeli alakulása* szempontjából is eltér egymástól. Egy olyan vizsgálatban például, amelynek célja egy új oktatási módszer eredményességének a megállapítása, előfordulhat, hogy a kísérleti osztály tanulói nem csupán eleve átlagosan jobb teljesítményűek, hanem *gyorsabban* is tanulnak, azaz teljesítményük a beavatkozástól függetlenül is meredekebben emelkedik a *pretest* és a *posttest* között. Ebben az esetben az, hogy a kísérleti osztályban a két időpont között megfigyelt változás felülmúlja a kontrollcsoportban megfigyelt változás mértékét, nem feltétlen bizonyítja az új oktatási módszer sikerét – lehet, hogy ez csupán az *osztályonként eltérő ütemű fejlődés* következménye (lásd 8. ábra). Ahhoz, hogy az alternatív magyarázatoknak ettől a fajtájától is meg tudjunk szabadulni, mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportban *kettőnél több* időpontban végzett megfigyelésre van szükség. Így jutunk el végül ismét a *control time series design*hoz (7. c ábra), s így lesz teljes a kvázi-kísérletek fő típusainak ez a rövid áttekintése.

8. ábra. Szelekció és trend interakciója



BIBLIOGRÁFIA

- CAMPBELL, D. T. – STANLEY, J. C.: *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Boston, Houghton Mifflin, 1963.
- COOK, T. – CAMPBELL, D. T.: *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, Boston, Houghton Mifflin, 1979.
- HEARST, N. – NEWMAN, T. B. – HULLEY, S. B.: Delayed Effects of the Military Draft on Mortality, *New England Journal of Medicine*, 314, 1986, 620–624.
- HUFF, D.: *How to Lie with Statistics*, New York, W. W. Norton & Company, 1954.

- KASL, S. V. ET AL.: The impact of the accident at the Three Mile Island on the behavior and well-being of nuclear workers; Part I: perceptions and evaluations, behavioral responses, and work-related attitudes and feelings, *American Journal of Public Health*, 71, 1981, 472–483.
- KASL, S. V. ET AL.: The impact of the accident at the Three Mile Island on the behavior and well-being of nuclear workers, Part II: job tension, psychophysiological symptoms, and indices of distress, *American Journal of Public Health*, 71, 1981, 484–95.
- MOKSONY F.: A hatáselemzés módszerei, in Bartus Tamás – Lannert Judit – Dr. Moksony Ferenc – Németh Szilvia – Papp Z. Attila – Dr. Szántó Zoltán: *A fejlesztéspolitikai intézkedések társadalmi hatásainak vizsgálata*, Budapest, TÁRKI, 2005.
- MOKSONY F.: *Gondolatok és adatok – Társadalomtudományi elméletek empirikus ellenőrzése*, 2., bővített kiadás, Budapest, Aula, 2006.
- SHADISH, W. – COOK, Th. – CAMPBELL, D. T.: *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Boston, Houghton Mifflin, 2002
- SNOW, J.: *On the Mode of Communication of Cholera*, 2nd ed., John Churchill, 1855.
- SOMMER, A. ET AL.: Impact of vitamin a supplementation on childhood mortality. A randomised controlled community trial, *The Lancet*, 327, 1986, 1169–1173.

VALLÁS, LELKI EGÉSZSÉG, ÖNGYILKOSSÁG



PIKÓ BETTINA

VALLÁS ÉS SPIRITUALITÁS

A vallásgyakorlás egészségre, többek között a lelki egészségre gyakorolt szerepe régóta a megfigyelések, majd a tudományos kutatások tárgya. Az igazolás nem könnyű, hiszen a vallás definiálása sem egyértelmű, a vallásgyakorlást pedig mérhetővé tenni különleges tudományos kihívás. Számolnunk kell azzal is, hogy míg régebben a vallás az élet minden területét átfogó és az értékrendet alapvetően megszabó eszmerendszer volt, amely igen fontos hatalmi szereppel is bírt, addig manapság átalakulóban van, nemcsak a szerepe és jelentősége, hanem maga a fogalom is.¹ A vallásosság modernizálódása evidens a szekularizált társadalomban, aminek következtében az egyházak is átstrukturálódnak, és ha befolyásuk nem is egyértelműen gyengül, de kétségkívül megváltozik. A vallási pluralizmus jegyében új vallási mozgalmak és intézmények tűnnek fel. Az individualizáció, ami a modern társadalom sajátossága, nyomot hagy a vallásosság és spiritualitás mibenlétében, azaz a vallás is erősen egyéniesedik, annak ellenére, hogy a rituálék jelentősége – bár sokszor módosult formában, a kor követelményeihez alkalmazkodva – továbbra is megmarad.² Azokon a területeken pedig, ahol a modernizáció még kevésbé van jelen, a korábbi szerep és jelentőség még erőteljesebb, és az átfogó, a mindennapi életet szabályozó jelleg megőrződik. Kérdés, hogy vajon a modern, szekularizált és a racionalitást mindennek feletti értéknek tartó világban miért maradt meg még mindig a vallásos/spirituális gondolkodás. Olyan ősi szükségletről van szó, amelyet Malinowski a kontroll igényével hoz összefüggésbe.³ Nem véletlen, hogy a vallásos-spirituális-mágikus gondolko-

¹ J. A. Beckford: *Social theory and religion*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

² P. Ester – L. Halman – R. A. de Moor: *The individualizing society. Value change in Europe and Northern America*, Tilburg, Tilburg University Press, 1994.

³ Bronisław Malinowski: *Magic, science and religion and other essays*, New York, Anchor Books, 1954.

dás különösen olyankor kerül előtérbe – és olykor még az erősen racionálisan gondolkodó egyénben is felmerül –, amikor valamely esemény – legtöbbször betegség, halál vagy egyéb, nehezen feldolgozható veszteség – a kontroll feladásával fenyeget. A lelki egyensúly pedig szorosan összefügg a kontrollal, hiszen a szorongás, különösen a pánik éppen a vélt vagy valós kontrollvesztésből fakad.⁴ A rituálék pedig a kontrollvesztés ellenszerei lehetnek, a társas kapcsolódás mellett az értelemkeresés funkciója révén is.⁵ Érdemes a vallás modern megközelítéséhez ebből a funkcióból kiindulni.

A meghatározáshoz és értelmezéshez tehát célszerű a szükségletből kiindulni. Luckman szerint a vallás mint társadalmi termék azt a célt szolgálja, hogy a társadalmi valóság jelenségeire koherens magyarázattal szolgáljon, méghozzá rendszerszinten.⁶ Ebben különbözik a spiritualitástól, amely szintén egyfajta magyarázatot nyújt, de kevésbé koherens módon. Persze kérdés, a kétfajta fogalom mennyiben választható szét egymástól. A sokféle meghatározás közül válasszuk ki Andorka definícióját, amely szerint a vallás „az élet végső kérdéseire, így az élet értelmére és céljaira válaszokat nyújtó eszmerendszer”.⁷ Ezzel szemben a „spirituális” jelzőt tágabb értelemben használjuk, a szó eredeti értelmében a „vallás lelkének” is tekinthetjük.⁸ Ez korábban igaz is volt, ma azonban sokkal inkább az egzisztenciális kérdésekhez (pl. a lét értelméhez, a transzcendenciához) való viszonyulásként értelmezzük. Ennek létjogosultságát alátámasztja az is, hogy napjainkban egyre jobban tért hódít a „nem vallásos spiritualitás”, azaz a vallástól független spiritualitás.⁹ Bár a vallásgyakorlás és a spiritualitás sok szálon összefonódik, a spiritualitást sokan vallásgyakorlás nélkül élik meg, míg a vallásnak a spirituális szegmentumon kívül sok egyéb funkciója is van, mint ahogy a spiritualitásba is beletartozhatnak olyan spirituális tapasztalatok, amelyeket számos vallás nem ismer el.¹⁰ A kutatásokban mindkét fogalom meg-

⁴ S. T. Fiske – B. Morling – L. E. Stevens: Controlling self and others: A theory of anxiety, mental control, and social control, *Personality and Social Psychology Bulletin*, XXII. évf., 1996/2, 115–123.

⁵ M. S. Steger – P. Frazier: Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being, *Journal of Counseling Psychology*, LII. évf., 2005/4, 574–582.

⁶ Thomas Luckmann: *The invisible religion*, London, Macmillan, 1967.

⁷ Andorka Rudolf: *Bevezetés a szociológiába*, Budapest, Osiris, 1997, 548.

⁸ Tomcsányi Teodóra – Ittész András – Horváth-Szabó Katalin – Martos Tamás – Szabó Tünde: A spiritualitás és a vallásosság kutatásának kulcskérdései és a Piedmont-féle Spiritualitási és Vallási Érzület Mérés skála, *Psychiatria Hungarica*, XXV. évf., 2010/2, 110–120.

⁹ M. Good – T. Willoughby – M. A. Busseri: Stability and change in adolescent spirituality/religiosity: A person-centered approach, *Developmental Psychology*, XLVII. évf., 2010/2, 538–550.

¹⁰ D. A. MacDonald: Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality, *Journal of Personality*, LXVIII. évf., 2000/1, 153–197.

jelenik, olykor egymástól elkülönülten, olykor szinonimaként vagy egymással szoros kapcsolatban definiálva. Mindebből az következik, hogy amikor a kutatási eredményeket értelmezzük, mindig érdemes az adott definíciót és annak mérési szintjét alapul venni.

VALLÁS ÉS EGÉSZSÉG

A vallás egészségre gyakorolt hatását nem könnyű tudományosan igazolni. Egyrészt a már fentebb vázolt koncepcionális sokrétűség akadályozhatja az empirikus vizsgálati eredmények szintézisét. Másrészt olyan jelenségről van szó, amelyik nehezen „mérhető”, hiszen a magatartási szintű változók (pl. templomba járás gyakorisága) nem feltétlenül utalnak a vallásosság mélységére.¹¹ Ezzel szemben az imádkozás gyakorisága már közelebb visz a vallásosság megéléséhez, s emiatt a kutatásokban gyakran az emocionális szintű, szubjektívebb változók szerepe intenzívebb az egészségre, egészségmagatartásra gyakorolt hatások között.¹² Bár vannak kísérletek arra, hogy az imádkozás élettani hatásait is meghatározzák, a standardizált mérhetőség hiánya miatt ez meglehetősen nehéz, a meditációs technikák kivételével, amelyek könnyebben „mérhető” kísérletek során is.¹³

A mérhetőség kapcsán gyakran felmerül a megbízhatóság és validitás kérdése is. Egy korai áttekintő tanulmányban Levin és Vanderpool a vallás és egészség kapcsolatáról szóló validitás-elemzéshez 27 tanulmány módszertani feldolgozását végezték el.¹⁴ Bár a különböző tanulmányok más-más időpontban készültek, mintegy 30 évet átfogva, a vizsgált összefüggés nem mutatott időszakos eltéréseket. Továbbá a vallásosság mérésében ezek a vizsgálatok meglehetősen heterogének voltak, a vallás és egészség összefüggéseinek igazolása mégis konzekvens volt. Az egészséget is többféleképpen mérték, így például az összesített halálozási arányszám, a szív- és érrendszeri, a daganatos megbetegedés és halálozás, a pszichikai közérzet, érzelmi-mentális problémák vagy az egészségmagatartás

¹¹ Pikó Bettina – K. M. Fitzpatrick: Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents, *Addictive Behaviors*, XXIX. évf., 2004/6, 1095–1107.

¹² Pikó Bettina – Kovács Eszter – Kriston Pálma – K. M. Fitzpatrick: To believe or not to believe? Religiosity, spirituality and alcohol use among Hungarian adolescents, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, LXXIII. évf., 2012/4, 666–674.

¹³ S. I. Nidich – M. W. Rainforth – D. A. F. Haaga – J. Hagelin – J. W. Salerno – F. Travis – M. Tanner – C. Gaylord-King – S. Grosswald – R. H. Schneider: A randomized controlled trial on effects of the transcendental meditation program on blood pressure, psychological distress, and coping in young adults, *American Journal of Hypertension*, XXII. évf., 2009/12, 1326–1331.

¹⁴ J. S. Levin – H. Y. Vanderpool: Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, *Social Science and Medicine*, XXIV. évf., 1987/7, 589–600.

alapján. Végül, a vizsgálatokban szereplő minták is heterogének voltak a kor, nem, társadalmi helyzet és etnikum tekintetében. Mindezeket figyelembe véve is azt a következtetést vonta le a szerzőpáros, hogy a vallásnak szerepe van az egészségi állapot alakulásában. Bár a halálozási adatokra gyakorolt kedvező hatást már a hetvenes években igazolták longitudinális, azaz utánkövetéses módszerrel.¹⁵ A későbbi, nyolcvanas¹⁶ és kilencvenes¹⁷ évekbeli vizsgálatok már kontrollváltozókat (pl. egészségi állapot-mutatók, életmódbeli és szociodemográfiai tényezők, társadalmi helyzet) is alkalmaztak.

A vallás–egészség összefüggés értelmezésében a szakirodalom öt fő hatásmechanizmust különít el.¹⁸ Ezek fontosak lehetnek mind a testi, mind pedig a lelki egészséggel kapcsolatban, így az öngyilkosság megelőzésében is. Az egyik alapvető mechanizmusnak bizonyos vallásoknak az életmódra gyakorolt hatását tekintjük.¹⁹ Erre legjobb példa a mormon²⁰ vagy adventista²¹ egyházak gyakorlata. Ezek a vallások szigorú életmódbeli kereteket írnak elő, ami megnyilvánul az egészségre kockázatot jelentő szokások tiltásában (pl. dohányzás, alkohol, vörös húsok fogyasztása vagy a húsevés teljes tilalma), valamint másfajta, az egészségre jótékony hatású magatartás előírásában (pl. pihenő napok, konzervatív szexuális élet). Szintén fontos a hatásmechanizmusok sorában a közösséghez tartozás, a közösség ugyanis széleskörű társas támogatást nyújt a tagjainak, ami lehet kognitív, érzelmi, de sok esetben adott probléma megoldásához konkrét segítségnyújtás is. Ennek alapja, hogy a vallási közösségekben olyan emberek gyűlnek össze, akik hasonló értékrendben gondolkodnak, és így fokozott érdeklődést tanúsítanak egymás iránt. Ezzel összefüggésben azt is igazolták, hogy a vallás-gyakorlók kapcsolati hálói nemcsak kiterjedtebbek, hanem minőségileg is kedvezőbbek, jellemző rájuk többek között a kapcsolati szimmetria és kölcsönösség.²² A rendszeresen vallási közösségbe járók családi és rokoni kapcsolatainak mi-

¹⁵ G. W. Comstock – K. B. Partridge: Church attendance and health, *Journal of Chronic Disease*, XXV. évf., 1972/12, 665–672.

¹⁶ D. M. Zuckerman – S. V. Kasl – A. M. Ostfeld: Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor, *American Journal of Epidemiology*, CXIX. évf., 1984/3, 410–423.

¹⁷ S. Bryant – W. Rakowski: Predictors of mortality among elderly African Americans, *Research on Aging*, XIV. évf., 1992/1, 50–67.

¹⁸ Pikó Bettina: *Egészségpszichológia*, Budapest, Új Mandátum, 2002.

¹⁹ E. Grundmann: Cancer morbidity and mortality in USA Mormons and Seventh-day Adventists, *Archives D'anatomie et de Cytologie Pathologiques*, XL. évf., 1992/2–3, 73–78.

²⁰ J. E. Enstrom – L. Breslow: Lifestyle and reduced mortality among active California Mormons, 1980–2004, *Preventive Medicine*, XLVI. évf., 2008/2, 133–136.

²¹ J. Berkel – F. de Waard: Mortality pattern and life expectancy of Seventh-day Adventists in the Netherlands, *International Journal of Epidemiology*, XII. évf., 1983/4, 455–459.

²² C. G. Ellison – L. K. George: Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community, *Journal for the Scientific Study of Religion*, XXXIII. évf., 1994/1, 46–61.

nőse is jobb, mint azoké, akik nem vesznek részt a rendszeres vallásgyakorlásban.²³ Harmadrészt a vallás olyan hit- és értékrendszert jelöl, amely a vallási közösség tagjainak irányítást ad a mindennapok eseményeinek feldolgozásában és a magatartási döntésekben. Ez nemcsak az élethez és halálhoz való viszonyt határozza meg, hanem morális keretet ad az életben való eligazodáshoz, az életesemények értékeléséhez. Negyedrészt, a vallásgyakorlásnak fontos coping funkciója van: az ún. vallásos megküzdésben jelentős szerepe lehet az imának és a vallásos olvasmányoknak. A konfliktusmegoldásnak ezt a válfaját gyakran az érzelmi vagy passzív megoldásokhoz sorolják, azonban igen fontos funkciója lehet az érzelmi semlegesítésben vagy az adott probléma gondolati struktúrájának átkeretezésében is. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy noha a vallásos megküzdés többnyire pozitív (annak hite, hogy segítséget kap valaki Istentől), bizonyos esetekben lehet negatív is (pl. ha Isten büntetéseként éli meg valaki az adott problémát, mondjuk egy betegséget) olykor kifejezetten ronthatja a lelki egészséget, ami eredhet egy adott vallási közösség túl kritikus hozzáállásából is.²⁴ Végül, a vallásgyakorlók fokozott jótékonyági, önkéntes és szociális aktivitása igen jelentős, ami növeli az étellel való elégedettséget.

A VALLÁS ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁG SZOCIOLÓGIÁJA

A vallás és az öngyilkosság viszonya folyamatos témája volt minden társadalomnak (kultúrának) térben és időben egyaránt. A vallási elkötelezettség, a hit mélysége és hatékonysága, egy adott társadalomban való jelenléte meghatározója volt a mindennapok életének évezredek át minden civilizációban. Az öngyilkosság pedig – éppen társadalomra gyakorolt hatásából adódóan – minden vallást állásfoglalásra készítetett. Bár felekezeti különbségekről akkortájt még nem beszélhetünk, a nagy folyami civilizációk, a görög-római világ és a keleti kultúrák fennmaradt írásos anyagaiban is találunk elegendő adatot erre vonatkozóan.

A monoteista vallások többnyire tiltást fogalmaztak meg az önkezü halálra, bár meglepő, hogy szent könyveik (Biblia, Talmud, Korán) nem tartalmazznak közvetlenül egyértelmű tiltást az öngyilkosság ellen. A határozott tiltás inkább a szent könyvek értelmezéseiben, a tanításokban jelentek meg a későbbi századok során. Európában a katolicizmus „uralma” közel egy évezreden át keményen

²³ W. B. Wilcox – N. H. Wolfinger: Living and loving “decent”: Religion and relationship quality among urban parents, *Social Science Research*, XXXVII. évf., 2008/3, 828–843.

²⁴ M. M. Olson – D. B. Trevino – J. A. Geske – H. Vanderpool: Religious coping and mental health outcomes: An exploratory study of socioeconomically disadvantaged patients, *Explore (New York, NY)*, VIII. évf., 2012/3, 172–176.

tiltotta az öngyilkosságot, ez a hatás a reformáció hódításával kezdett gyengülni. Bár a protestáns egyházak is tiltják és elítélik az öngyilkosságot, tény, hogy a protestáns populációkban az öngyilkosság lényegesen gyakoribb, mint a katolikus, a görögkeleti vagy a zsidó vallást követők soraiban. Ez utóbbi jelenséget már Morselli²⁵ és Durkheim²⁶ is észlelte a 19. század közepén.

Durkheim Svájcot tartotta ideális vizsgálódási terepnek, ahol több különböző vallású és nemzetiségű népcsoport élt.²⁷ A vallás hatását azonosnak találta a német és a francia területeken, azonban a protestáns területeken háromszor, illetve ötször gyakoribb volt az öngyilkosság, mint a katolikus térségekben. Ezt követően több korabeli vizsgálat is igazolta, hogy a német államokban, a protestánsok körében magasabb az öngyilkosok száma a többi vallást (főként a katolikust) követőkhöz viszonyítva. Hans Rost német statisztikus azt a következtetést vont le, hogy Németország öngyilkossági földrajzi megoszlása lényegileg egybeesik a reformáció és ellenreformáció történelmi térképével.²⁸

Bár a legtöbb vallás tiltja, sőt elítéli az öngyilkosságot ma is, a szuicidium mégis jelen van a kezdetektől fogva. Túl azon, hogy egyéni cselekmény, amelynek erős pszichiátriai relevanciája is van, érdemes társadalmi szinten is megvizsgálni a gyakoriságokat. Durkheim volt tehát az a szociológus, aki először vizsgálta empirikus kutatás keretében az öngyilkossági arányszámok alakulását. Annak ellenére, hogy vannak bizonyos hullámvázások, egyes társadalmakban magas, másokban pedig alacsony az öngyilkossági sűrűség. Sőt, egy adott társadalmon belül is jellemzők bizonyos társadalmi csoportok közötti eltérések, amelyek akár földrajzi hely szerinti lokalizálhatók. Ezt igazolja ma is, hogy Európán belül vannak kiemelten magas arányszámú térségek, mint például a volt Osztrák-Magyar Monarchia területe vagy a skandináv országok. Ugyanakkor a mediterrán térség országaiban és a katolikus államokban alacsony az előfordulás. A vallás szerepét alátámasztja továbbá, hogy hazánkban is a protestáns településeken mutat fölényt a gyakoriság.²⁹

Durkheim számára az értelmezési keret kiindulási pontja az volt, hogy az öngyilkosságot társadalmi tényként kezelte, azaz olyan jelenséggént, amelynek társadalmi szintű gyakoriságát nem lehet pusztán egyéni szinten értelmezni. A társadalmi összefüggések között az egyik meghatározó háttérváltozónak éppen a vallásosságot találta. Monográfiája 1897-ben jelent meg, és több szempontból

²⁵ Henry Morselli: *Suicide*, London, Kegan Paul, 1881.

²⁶ Émile Durkheim: *Le suicide. Étude de sociologie*, Paris, Les Presses Universitaires de France, 1897.

²⁷ Uo.

²⁸ Hans Rost: *Bibliographie des Selbstmords*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1927 (reprint kiadás, 1991).

²⁹ Pikó Bettina: *Orvosi szociológia*, Budapest, Medicina, 2006.

is korszakalkotó mű volt.³⁰ Túl az addig még feltáratlan összefüggéseken és a szociológiai szempontrendszer alkalmazásán a módszertan is meghatározó volt, hiszen nagyon sok adattal dolgozott, amelyeket alapos statisztikai elemzésnek vetett alá, tehát igazi empirikus munkát adott közre.

A fentiek után indokolt röviden összefoglalni azt a teóriát, amely igyekszik magyarázatot adni a konzekvensen észlelhető jelenségekre. A vallás mint a kultúra része sokrétűen befolyásolja a társadalmi csoportok és egyének viselkedését. Még az erősen szekularizált társadalmakra is jellemző ez, hiszen például a keresztény vallási eszmerendszer által közvetített morális elvek olyan viselkedési előírásokat tartalmaznak, amelyek a tágabb értelemben vett kultúra részévé váltak az idők folyamán. Kétségtelen azonban, hogy a vallási közösségek szabályrendszerének betartása nagyobb súllyal esik latba a vallásukat rendszeresen gyakorlók körében.

Durkheim az öngyilkossági arányszámot a különböző egyházi tradíciók sajátosságaival magyarázta.³¹ Durkheim érvelését Zonda, Paksi és Nagy így foglalja össze: „A két vallás követőinek eltérő magatartása mögött elsősorban nem a dogmatika, nem a vallási előírások szigora és tiltása közötti különbségek munkálnak, hanem az, hogy az adott egyház *milyen mértékben képes integrálni* a közösségbe tagjait, milyen fokú kohéziót tud teremteni.”³² A keresztény vallások mindegyike (akár protestáns, akár katolikus) egyaránt bűnnek tekinti az öngyilkosságot, Istentől származtatják a tiltást. A lényeges különbség az, hogy milyen mértékben engedélyezik híveik számára a szabad gondolkodást. A katolikus hívek erre nemigen kapnak lehetőséget, ők készen kapják a hittételeket. Durkheim megállapította, hogy a katolikus vallás azáltal, hogy a tekintélyek hierarchikus rendszerét kidolgozta, hosszú időn keresztül elősegítette a tradíció változatlanlanságát anélkül, hogy azt megkérdőjelezték volna.³³ A katolikus egyház hosszú időn át készen adta az emberek kezébe a cselekvések, viselkedések pontos rendszerét. Ez megnyugtató, kényelmes és vigasztaló is volt, hiszen ebben az átfogó rendszerben mindennek megvolt a helye, minden magyarázatot nyert, s ezáltal az egyház rendkívül erősen integrálta az egyént a közösségbe. A közösségi integrációhoz az is hozzátartozott, azaz a kohéziót az is biztosította, hogy a renitens magatartás nem volt elfogadható, ennél fogva szankciókat, sőt, adott esetben megtorlást is vont maga után. Emellett Durkheim a katolikusok alacsonyabb szuicid rátáját kapcsolatba hozta a gyakoribb összejövetelekkel, misékkal, az intenzívebb lelki

³⁰ Durkheim: *Le suicide*.

³¹ Émile Durkheim: *Az öngyilkosság – Szociológiai tanulmány*, Budapest, Osiris, 2003.

³² Zonda Tamás – Paksi Borbála – Nagy Gabriella: A vallásosság és az öngyilkosság összefüggésének hazai vizsgálatához az 1990–2010 közötti kistérségi adatok elemzése alapján, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, XV. évf., 2014/1, 70.

³³ Durkheim: *Az öngyilkosság*.

élettel és a gyónás lehetőségével. Ez utóbbinak különösen nagy szerepe lehet a mentális egyensúly fenntartásában és a pszichés megbetegedések megelőzésében. A közösségi élet nyújtotta társas támogatás hozzájárulhat a magány oldásához és a lelki problémák megoldásához. A zsidó vallás szintén igen szigorú volt abban az időben az életmódbeli előírásokat tekintve, ami kedvezően hatott az öngyilkosság okozta halálozási viszonyok alakulására.

Ezzel szemben a protestáns gyakorlat szabadabb teret enged híveinek a saját vélemény megfogalmazására, az életvitel szabadabb megválasztására, az egyház tanításainak önállóbb értelmezésre. Ebből következik, hogy a protestáns hívő nagyobb mértékben lesz alkotója hitének. A reformált egyházak struktúrája is támogatja ezt a vallási individualizmust. A protestáns egyházak azért engednek nagyobb teret az egyéni gondolkodásnak, mert a vallásukban kevesebb a közös hiedelem és rituális gyakorlat, szemben a katolikus, a zsidó vagy a muszlim vallásokkal. Durkheim szerint, ha egy felekezet teret enged az egyének ítéletének, megnő az önálló kezdeményezések lehetősége, ami valamelyest el is távolítja a híveket a vallástól és meggyengíti a felekezeti csoport kohézióját.³⁴ A kevesebb és kevésbé szigorúbb életviteli és rituális szabályozások része az is, hogy a katolikus vallással ellentétben a protestánsok számára a gyónás lehetősége sem adott, ami kedvezőtlenül befolyásolhatja a hívők lelki életét. Argyle további magyarázatokkal igyekezett alátámasztani a Durkheim által talált összefüggéseket.³⁵ A protestáns vallások individualisztikusabb jellegét arra vezette vissza, hogy rájuk jellemzőbb a belső kontroll, s emiatt a protestáns vallásúak inkább saját magukban bízhatnak, szemben a katolikusokkal, akik hajlamosabbak külsőleg kontrollált módon gondolkodni, és gyakrabban fogadnak el segítséget. A protestánsok ezért könnyebben elszigetelődnek, ami viszont elkeseredettséghez, önvádoláshoz és akár öngyilkossági kísérletekhez vezethet krízis esetén.

Az alábbi táblázat – a teljesség igénye nélkül – mutatja be néhány erős vallási hagyományokkal rendelkező (muszlim, katolikus, ortodox) ország és pár protestáns és kevésbé vallási légkörben élő ország öngyilkossági rátáit, valamint az összeurópai átlagot. Az összehasonlításból jól kivehetők a különbségek és a vallás látens szerepének a hatása.

³⁴ Uo.

³⁵ Michael Argyle: *Religious behavior*, London, Routledge & Kegan, 1958.

1. táblázat. Öngyilkossági ráták az erős vallási hagyományokkal bíró országokban, pár kontroll-ország és Európa adataival összevetve (1995)³⁶

Egyiptom	0,1	Észtország	40,9	
SzírIA	0,3	Magyarország	31,5	
Irán	0,2	Finnország	26,1	
Kuvait	1,8	Ausztria	20,2	
Mexikó	3,1	Európa	20,0	
Nicaragua	3,4			
Brazília	3,5			
Spanyolország	7,2			
Olaszország	6,3			
Görögország	3,2			

A DURKHEIMI ELMÉLET KORAI ÉS MAI EMPIRIKUS RELEVANCIAJA

A Durkheim-tanulmány megjelenése óta eltelt több mint száz év sem kisebbitette Durkheim munkájának érdemeit, művét a legújabb kutatások ma is iránymutatónak tartják. Felmerül ugyanakkor a kérdés, hogy a modern társadalmakban, amelyek szekularizációja jelentősen előrehaladt az utóbbi évtizedekben, érvényesek-e ezek a megfigyelések. A hagyományosan katolikus országok (pl. Olaszország, Spanyolország) szuicid rátája ma is alacsonyabb, mint a hagyományosan protestáns országok adatai (pl. skandináv térségé),³⁷ bár természetesen egyéb társadalmi hatásokat (társadalmi-gazdasági, kulturális) is figyelembe kell venni, amelyek elkülönítése igencsak nehézkes. Egy másik lényeges adalékot szolgáltat Magyarország területi összehasonlítása: a hagyományosan protestáns vidékek (pl. Debrecen és környéke, az alföldi régió keleti, dél-keleti része) magasabb öngyilkossági arányszámmal jellemezhetők, mint a hagyományosan katolikus dunántúli térségek.³⁸ Egy brit tanulmány szintén megerősíti a durkheimi adatok érvényességét. Liverpool és Glasgow összehasonlításában az öngyilkossági mutatók eltéréseit részben a vallások eltéréseivel magyarázzák: Liverpoolban

³⁶ WHO HFA: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases> (Letöltés: 2018. május 15.)

³⁷ EUROSTAT (2014): [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_\(per_100_000_inhabitants\)_YB17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_(per_100_000_inhabitants)_YB17.png) (Letöltés: 2018. május 15.)

³⁸ Zonda Tamás – Paksi Borbála – Veres Előd: *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010). Műhelytanulmányok 2*, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2013.

lényegesen több katolikus vallásgyakorló él, az öngyilkossági arányszám pedig lényegesen kisebb. Ugyanakkor a szerzők óva intenek attól, hogy csupán erre az egyetlen magyarázatra vezessék vissza a különbségeket.³⁹

Ami a hazai adatokat illeti, Bálint Lajos összefoglaló történelmi tanulmányában megállapítja, hogy „a témakörrel foglalkozó szakirodalomban egyetértés mutatkozik abban, hogy a 19. század szinte második harmadáig Magyarország nem tartozott a magas önpusztítású országok közé”.⁴⁰ A hazai öngyilkossági gyakoriság felekezeti megoszlásáról első hiteles információnk 1864-ből való. Bár az össznépszerűség felekezeti eloszlása pontosan nem volt ismert, egyéb forrásokból ismert volt a túlnyomóan katolikus többség földrajzi-társadalmi elhelyezkedése. Konek Sándor közlése szerint a protestáns, főleg a református populáció öngyilkossági gyakorisága sokkal magasabb volt már abban az időben is.⁴¹ Ettől kezdődően figyelhető meg az emelkedés.⁴² 1860 és a századforduló között az öngyilkosságok száma mintegy megduplázódott.⁴³ Pontosabb adatok állnak rendelkezésre 1923–25-ből Szél Tivadar tanulmányában (2. táblázat), ahol a felekezeti hovatartozás szerinti arányszámok megfelelnek a durkheimi teóriának.⁴⁴

2. táblázat. Öngyilkossági ráták az egyes felekezetekben a lakosság felekezeti arányával Magyarországon (Szél Tivadar, 1928)

Vallás	öngyilkossági ráta	lakosság felekezeti aránya (%)
római katolikus	23,9	52,9
görög katolikus	18,8	1,4
református	43,0	31,0
evangélikus	34,8	7,5

A kurrens hazai szakirodalomban Moksony és Hegedűs retrospektív eset-kontroll tanulmányban elemezték felekezeti hovatartozás szerint az öngyilkosság esélyhányadosait. Azt állapították meg, hogy a protestánsok körében mintegy

³⁹ D. Walsh – G. McCartney – D. O'Reilly: Potential influences on suicide prevalence in comparisons of UK post-industrial cities, *Public Health*, CXLIII. évf., 2017, 94–96.

⁴⁰ Bálint Lajos: Öngyilkosságok a magyar királyságban, *Demográfia*, LVII. évf., 2014/1, 5.

⁴¹ http://www.zondatamas.hu/html/a_magyarorszagi_ongyilkossagi_.html (Letöltés: 2018. május 15.)

⁴² Böszörményi Ede: *Az öngyilkosság múltja és jelene (Történeti vázlat)*, Budapest, Magánkiadás, 1991.

⁴³ Földes Béla: *Statisztikai Eladások, II. sorozat*, Budapest, Politzer-féle Könyvkiadóvállalat, 1905.

⁴⁴ Szél Tivadar: Az öngyilkosok demográfiája II. rész, *Magyar Statisztikai Szemle*, VI. évf., 1928/8, 847–868.

60%-kal nagyobb az öngyilkosság esélye, mint a katolikusok esetében. Fontos megállapítás továbbá, hogy – Durkheimmel ellentétben – kevésbé a társadalmi integráció számlájára írták ezt a különbséget, inkább a kulturális sajátosságoknak (értékek, normák, világkép) tulajdonítottak nagyobb jelentőséget.⁴⁵

Zonda, Paksi és Nagy kistérségi viszonylatban elemezték a 100 000 lakosra jutó öngyilkossági rátákat 1989–2010 között. Megállapították, hogy az egyházon kívüliek nagyobb aránya magasabb kistérségi öngyilkossági rátával járt együtt. Felekezeten belül pedig beigazolódott a katolikus vallás védő hatása. Mindez a fővárosi adatok esetében nem volt megerősíthető.⁴⁶

Egy érdekes jelenségre figyeltek fel a vallás és öngyilkosság összefüggésében, ami tovább árnyalja a társadalmi értelmezést. Bár az iskolázottság és a vallásos gondolkodás negatív kapcsolatot mutat, az iskolázottság és a vallási aktivitás (pl. vallási közösségbe járás) összefüggése már pozitív.⁴⁷ Itt egyértelműen az egyház szociális és társadalmi funkciói kerülnek előtérbe. Meg kell jegyezni, hogy bár ez elsősorban észak-amerikai jelenség, máshol sem ismeretlen. A már említett hazai vizsgálatban⁴⁸ ezzel kapcsolatban arra következtettek, hogy míg a katolikusok esetében a középfokú végzettségűeknél a legnagyobb az öngyilkosság esélye, a protestánsoknál az alacsonyabb és magasabb iskolázottság szerinti kategóriák felé egyáltalán nem csökken, hanem éppen hogy nő.

AZ ÖNGYILKOSSÁG, A MENTÁLIS ZAVAROK ÉS A VALLÁS/SPIRITUALITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

Az esetek többségében a szuicidiumot egyértelműen mentális zavarként definiálják, és pszichiátriai diagnózist neveznek meg okként, leggyakrabban hangulat-zavarokat, addiktív kórképeket és primer pszichózist. Ez különösen az idősebbek körében jellemző; az affektív zavarok mint rizikófaktorok az öngyilkossághoz vezető út során a korral egyre nagyobb szerepet kapnak, míg a fiatalok körében az addikciók és a pszichózisok játszanak nagyobb szerepet.⁴⁹ Skizofrénia esetében

⁴⁵ Moksony Ferenc – Hegedűs Rita: Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon, *Szociológiai Szemle*, XVII. évf., 2006/4, 3–18.

⁴⁶ Zonda – Paksi – Nagy: A vallásosság és az öngyilkosság összefüggésének hazai vizsgálatához.

⁴⁷ D. A. Pyne: A model of religion and death, *The Journal of Socio-Economics*, XXXIX. évf., 2010/1, 46–54.

⁴⁸ Moksony – Hegedűs: Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon.

⁴⁹ Y. Conwell – P. R. Duberstein – C. Cox – J. H. Herrmann – N. T. Forbes – E. D. Caine: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study, *American Journal of Psychiatry*, CLIII. évf., 1996/8, 1001–1008.

a vallásosság védelmet és szuicid kockázatot egyaránt jelenthet, ami jelentősen megnehezíti a terápiás hozzáállást.⁵⁰ Ugyanakkor a fiatalok körében fokozottan kell számolnunk a pszichoszociális faktorokkal is, mint például a traumatikus életesemények és az általuk kiváltott reménytelenség érzése, amely mind a depresszió, mind pedig az öngyilkosság kockázatát jelentősen megnöveli.⁵¹

Hogyan befolyásolhatja ezen összefüggéseket a vallás/spiritualitás? Az előzőekből láthattuk, hogy a vallás egészségre gyakorolt hatásai – amelyek reményt nyújthatnak, segíthetnek a konfliktusmegoldásban vagy értelmet adhatnak a megterhelő életeseményeknek – védőfaktorként funkcionálhatnak. Nem véletlen, hogy sok kutatás foglalkozik a vallás/spiritualitás és a mentális zavarok előfordulása közötti összefüggésekkel.⁵² Ezek közül számos tanulmány igazolta, hogy az intrinzik vallásosság, valamint a jelentős vallásos aktivitás összefüggésbe hozható a depressziós és szorongásos megbetegedések, valamint a kémiai abúzusok alacsonyabb gyakoriságával.⁵³ Ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy az összefüggés igazolásához longitudinális adatelemzésre van szükség, keresztmetszeti vizsgálatokban ugyanis gyakori, hogy a vallásukat a korábbiánál aktívabban gyakorlók körében ezek a kórképek gyakoribbnak mutatkoznak.⁵⁴ Ennek oka pedig, hogy a vallásgyakorlás – éppen a vallás megküzdésfunkciója révén – segíthet a mentális zavarban szenvedőknek megbirkózni a mindennapi életproblémáikkal.⁵⁵ Ezenkívül sokféle szempontot figyelembe kell venni a vizsgálat során, hiszen például a kezelés vagy annak módja, és a kezelés hiánya is befolyásolhatja a végeredményt.

Már korán felfedezték, hogy a mélyen vallásos emberek egészségi állapotát, morbiditását, a gyógyulás fokát és sebességét előnyösen képes befolyásolni a

⁵⁰ R. E. Gearing – D. Alonzo – A. Smolak – K. McHugh – S. Harmon – S. Baldwin: Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence, *Schizophrenia Research*, CII. évf., 2011/1–3, 150–163.

⁵¹ J. Zhang – Z. Li: The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for, *Comprehensive Psychiatry*, LIV. évf., 2013/7, 790–796.

⁵² A. Moreira-Almeida – H. G. Koenig: Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life", *Social Science and Medicine*, LXII. évf., 2006/6, 1486–1497.

⁵³ A. J. Braam – E. Hein – D. H. Deeg – J. W. R. Twisk – A. T. F. Beekman – W. van Tilburg: Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, *Journal of Aging and Health*, XVI. évf., 2004/4, 467–489.

⁵⁴ M. Baetz – R. Bowen – G. Jones – T. Koru-Sengul: How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population, *Canadian Journal of Psychiatry*, LI. évf., 2006/10, 654–661.

⁵⁵ L. Tepper – S. A. Rogers – E. M. Coleman – H. N. Malony: The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness, *Psychiatric Services*, LII. évf., 2001/5, 660–665.

vallásos meggyőződés. William Osler, a nagynevű orvos már a 20. század első évtizedében felhívta a figyelmet a betegek vallásgyakorlásának jelentőségére a klinikai ellátásban.⁵⁶ Tapasztalatairól beszámolva arra szólította fel orvoskollégáit, hogy buzdítsák betegeiket vallásos hitük gyakorlásában. Meggyőződését fejezte ki a vallás pozitív szerepével kapcsolatban, s bár akkoriban tudományos módszerek nem álltak rendelkezésre az összefüggés bizonyítására, hatásosságában nem kételkedett. Később a legújabb kori tudomány már nemcsak észlelte, hanem empirikus kutatásokkal is igazolta a hatásokat. Angol szerzők 111 idős depressziós betegnél vizsgálták precíz módszerekkel a depresszió gyógyulásának fokát, mértékét, időtartamát. Azt látták, hogy a vallásos emberek sokkal gyorsabban gyógyulnak ki betegségükből.⁵⁷ Egy nagy finnországi vizsgálat, melynek során az országban az egy évben, az öngyilkosságban elhalt minden áldozat teljes dokumentációját elemezték utánkövetéses módszerrel, azt találták, hogy egy vallásos egyénnél a mentális zavarnak sokkal súlyosabbnak kell lennie, hogy eljusson az öngyilkosság elkövetéséig, mint a nem hívőnek.⁵⁸ Egy klinikai depresszióban szenvedő betegcsoport szuicidium életprevalenciáját elemezve egy kutatócsoport arra a következtetésre jutott, hogy a nem vallásos egyének öngyilkossági kockázata szignifikánsan nagyobb a vallásgyakorlókhoz viszonyítva.⁵⁹ Sok esetben a védelem a társas támogatáson keresztül érvényesül, a vallásos egyének erőteljesebben működő szociális hálóján, s az így kapott támogatás pedig megelőzheti a reménytelenség kialakulását.⁶⁰ Így nemcsak a depressziót oldhatja, hanem az öngyilkossági gondolatokat is elűzheti.⁶¹

A vallásosság és az egészségmagatartás, egészségattitűdök összefüggését vizsgálta Zonda és Paksi egy-egy, hagyományosan magas és alacsony öngyilkossági rátájú megye reprezentatív mintáján.⁶² Megállapították, hogy a vallásos személyekre jellemző egyfajta életmegőrző attitűd, amely az élet és az egészség megőrzésével függ össze, emiatt alacsonyabb az alkoholt fogyasztók és a dohányosok

⁵⁶ J. Levin: How faith heals: A theoretical model, *Explore*, V. évf., 2009/2, 77–96.

⁵⁷ H. G. Koenig – L. K. George – B. L. Peterson: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients, *American Journal of Psychiatry*, CLV. évf., 1998/4, 536–542.

⁵⁸ H. Sorri – M. Henriksson – J. Lönnquist: Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study, *Crisis*, XVII. évf., 1996/3, 123–127.

⁵⁹ K. Dervic – M. A. Oquendo – M. F. Grunebaum – S. Ellis – A. K. Burke – J. J. Mann: Religious affiliation and suicide attempt, *American Journal of Psychiatry*, CLXI. évf., 2004/12, 2303–2308.

⁶⁰ A. K. Shreve-Neiger – B. A. Edelstein: Religion and anxiety: A critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, XXIV. évf., 2004/4, 379–397.

⁶¹ D. T. Rasic, D.T. – S.-L. Belik – B. Elias – L. Y. Katz – M. Enns – J. Sareen – Swampy Cree Suicide Prevention Team: Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample, *Journal of Affective Disorders*, CXIV. évf., 2009/1–3, 32–40.

⁶² Zonda Tamás – Paksi Borbála: Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, VII. évf., 2006/1, 1–13.

száma, többen utasítják el az öngyilkosságot, gyakrabban járnak el rákszűrésre. Ugyanakkor a depresszió és az öngyilkossági kísérletek terén nem mutatkozott szignifikáns különbség. Ki kell emelni azt is, hogy az alacsony öngyilkossági rátájú megyében többen tartoztak a katolikus egyházhoz, intenzívebb volt a vallásgyakorlás, erősebb a hit szerepe. Serdülők körében is igazolható a vallásgyakorlás eme védő hatása az alacsonyabb szerfogyasztás (dohányzás, alkohol, drog) vonatkozásában,⁶³ valamint a saját egészség jobb megítélésében.⁶⁴

Számos vizsgálat tárgya a serdülőkori depresszió és az öngyilkosság kapcsolata, különös tekintettel arra, hogy az utóbbi a halálozás jelentős hányadért felelős, míg az előbbi, éppen a felismerés fontossága miatt kiemelt népegészségügyi probléma.⁶⁵ A vallás és spiritualitás szerepét nem könnyű vizsgálni ebben a korban, hiszen a serdülőkori éppen az az időszak, amikor az útkeresés, az élet értelmének keresése intenzíven foglalkoztatja a fiatalokat. A kutatásokból kiderül, hogy ez az egzisztenciális útkeresés jelentősen befolyásolja a fiatalok mindennapi életét, döntéseit, egészségattitűdjeit és viselkedését is.⁶⁶ A serdülők körében a klinikai körülmények között végzett vizsgálatok külön figyelmet érdemelnek, hiszen a pszichiátriai betegek esetében a klinikai diagnózissal megerősített mérések pontosabb kapcsolatot igazolhatnak az elemzések során. Egy ilyen prospektív vizsgálatban depressziós serdülőket vizsgáltak klinikai körülmények között.⁶⁷ A vallásos változók közül a klinikai depresszió egyértelmű prediktora volt a negatív vallásos megküzdés (pl. Isten büntetéseként megélt életesemény) és a negatív vallásos társas támogatás (pl. a vallási közösség tagjai részéről érkező kritika és elítélő vélemény). Ugyanakkor a hat hónapos intervallumban mért utánkövetés során a vallásos hit elvesztése volt a depresszió javulása ellen ható legerősebb kockázati tényező.

Kézdy és munkatársai a vallás középiskolások és egyetemisták lelki egészségére gyakorolt pozitív szerepét elemezték, és a megküzdést találták a legfontosabb mechanizmusnak, amennyiben a vallásosság különböző szempontjai a

⁶³ Pikó – Fitzpatrick: Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents.

⁶⁴ Pikó Bettina – Kovács Eszter: Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata, *Orvosi Hetilap*, CL. évf., 2009/41, 1903–1908.

⁶⁵ R. A. Zuckerbrot – P. S. Jensen: Improving recognition of adolescent depression in primary care, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, CLX. évf., 2006/7, 694–704.

⁶⁶ Brassai László – Pikó Bettina – M. F. Steger: Existential attitudes and Eastern European adolescents' health and problem behaviors: Highlighting role of the search for meaning in life, *Psychological Record*, LXII. évf., 2012/4, 719–734.

⁶⁷ R. E. Dew – S. S. Daniel – D. B. Goldston – W. W. McCall – M. Kuchibhatla – C. Schleifer – M. F. Triplett – H. G. Koenig: A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients, *Journal of Affective Disorders*, CXX. évf., 2010/1–3, 149–157.

megküzdési stratégiák felvállalásán keresztül járulnak hozzá a jobb lelki egészséghez. Középiskolásoknál ez főként a templomba járás gyakorisága és a transzcendens bevonása volt, egyetemistáknál inkább a szimbolikus értelmezés. Az összefüggések a depresszió esetében jelentősen, a szorongás esetében kevésbé voltak jelen.⁶⁸

EMPIRIKUS TANULMÁNYOK A VALLÁS ÉS LELKI EGÉSZSÉG ÖSSZEFÜGGÉSÉRŐL SERDÜLŐK KÖRÉBEN

A továbbiakban két saját empirikus tanulmányból mutatok be részleteket, amelyek serdülők körében elemezték a vallásosságot jellemző különböző változók és a lelki egészség dimenziói közötti kapcsolatot. A kutatások célja, hogy elfogulatlan, statisztikai módszerekkel tárjuk fel az összefüggéseket, lehetőleg több szempontból is megvilágítva a vallásosságot.

1. tanulmány

A 2000-ben végzett Szeged–Birmingham (USA) Ifjúságkutatásunkban amerikai és magyar fiatalok internalizációs és externalizációs problémaviselkedését hasonlítottuk össze.⁶⁹ Jelen tanulmányban az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkossági kísérlet gyakorisági adatai kerültek összehasonlításra, illetve, mivel a magyar adatbázis a vallásról szóló változókat is tartalmazott, ezek szerepét a szuicidiummal kapcsolatos változók vonatkozásában is elemeztük.

Minta és módszer

A magyar adatfelvétel 1240 fő részvételével zajlott (11–20 évesek, életkori átlag = 15,6 év, szórás = 2,1 év, 53% fiú), a felmérésben hét szegedi általános iskola (felső tagozat) és középiskola véletlenszerűen kiválasztott osztályai vettek részt. Az amerikai minta 1738 középiskolás részvételével készült (60%-uk afrikai-amerikai), akik szintén felsősök és középiskolások voltak (11–20 évesek, átlagéletkoruk

⁶⁸ Kézdy Anikó – Martos Tamás – Urbán Szabolcs – Hováth-Szabó Katalin: A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, XI. évf., 2010/1, 1–16.

⁶⁹ Pikó Bettina – K. M. Fitzpatrick – D. R. Wright: A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings, *European Child and Adolescent Psychiatry*, XIV. évf., 2005/2, 95–103.

= 14 év, szórás = 2,3 év, 49% fiú) Közép-Alabama központi kerületéből. Az önkéntöltéses kérdőív 90%-ban közös kérdéseket tartalmazott.¹⁷⁰ A vallással kapcsolatban csak a magyar kérdőív tartalmazott kérdéseket. Ezek a következők voltak: 1) „Milyen vallású vagy?”; 2) „Szoktál-e imádkozni?” (igen/nem); és 3) „Milyen gyakran jársz templomba?”. Az öngyilkossági gondolatok/kísérletek az adatfelvételt megelőző hónapra vonatkoztak (válasz: igen/nem).

Eredmények

Az öngyilkossággal kapcsolatos változók gyakorisági mutatóit a 3. táblázat szemlélteti. Jelentősen több amerikai diák számolt be öngyilkossági gondolatokról (Pearson Chi-négyzet = 25,1; $p < 0,001$) és kísérletről (Pearson Chi-négyzet = 56,5; $p < 0,001$).

3. táblázat. Az öngyilkossági mutatók összehasonlítása (Szeged–Birmingham Ifjúságkutatás 2000, N = 2978)

	Szegedi adatok (HU)	Birminghami adatok (USA)
Öngyilkossági gondolatok*		
Nem	1112 (89,5%)	1432 (83,0%)
Igen	130 (10,5%)	293 (17,0%)
Öngyilkossági kísérlet*		
Nem	1223 (98,5%)	1584 (92,3%)
Igen	19 (1,5%)	132 (7,7%)

Chi-négyzet próba: $p < 0,001$

A továbbiakban a magyar adatbázis segítségével a vallással kapcsolatos kérdéseket dolgoztuk fel. A minta 67,8%-a válaszolta azt, hogy van vallása. Ezek közül 71,5% a katolikus, 5,6% a református, 1,2% az evangélikus vallást, 1% a Hit gyülekezetét jelölte meg, a többi egyéb vallást nevezett meg (pl. baptista, ortodox, buddhista). A minta 33,8%-a válaszolta azt, hogy szokott imádkozni, míg templomba/misére/istentiszteletre soha nem jár 43,3%, egyszer-kétszer egy évben 40,6%, és 16,2% változó gyakorisággal. A vallás és az öngyilkossági mutatók közötti összefüggéseket a 4. táblázat mutatja be.

Az öngyilkossági gondolatokkal kapcsolatban megállapítható, hogy önmagában a vallás megnevezése nem jelent védelmet. Az egyes felekezet között sem volt

⁷⁰ A részletes módszertani leírást lásd *uo.*

jelentős eltérés, bár meg kell jegyezni, hogy az alcsoportok kis elemszámai miatt az összehasonlítás aligha volt lehetséges. Az imádkozásban azonban volt eltérés: azok közül, akik szoktak imádkozni, többen számoltak be öngyilkossági gondolatokról (Pearson Chi-négyzet = 8,7; $p < 0,01$). Az öngyilkossági kísérleteknél egyik keresztábra-elemzés eredménye sem volt szignifikáns, bár a templomba járás és a kísérletek közötti összefüggés jelzésszerűen csökkenő. Érdekes még azt is kiemelni, hogy míg a nem vallásos fiatalok körében a kísérletek aránya 2%, a református vallást megnevezők körében pedig 2,1%, addig a katolikus valláshoz tartozók esetében 1,3%. Természetesen az alacsony alcsoportbeli elemszám miatt az összefüggés nem igazolható statisztikailag, felhívja azonban a figyelmet a további vizsgálatok szükségességére.

4. táblázat. Az öngyilkossági mutatók összefüggése a vallási változókkal (Szeged – Birmingham Ifjúságkutatás 2000, magyar adatok, $N = 1240$)

	Öngyilkossági gondolatok		Öngyilkossági kísérlet	
	Nem	Igen	Nem	Igen
Vallásos				
Nem	360 (90,0%)	40 (10,0%)	392 (98,0%)	8 (2,0%)
Igen	752 (89,3%)	90 (10,7%)	831 (98,7%)	11 (1,3%)
Szokott imádkozni*				
Nem	751 (91,4%)	71 (8,6%)	811 (98,7%)	11 (1,3%)
Igen	360 (86,0%)	59 (14,0%)	412 (98,1%)	8 (1,9%)
Templomba jár				
Soha	481 (89,6%)	56 (10,4%)	527 (98,1%)	10 (1,9%)
Alkalomszerűen	450 (89,3%)	54 (10,7%)	497 (98,6%)	7 (1,4%)
Változó gyakorisággal	180 (90,0%)	20 (10,0%)	198 (99,0%)	2 (1,0%)

* $p < 0,01$ (öngyilkossági gondolatok)

Megbeszélés

A magyar mintában mind az öngyilkossági gondolatok, mind pedig az öngyilkossági kísérletek gyakorisága alacsonyabb volt, főként ez utóbbira jellemző az eltérés. A vallási változókkal való összefüggést nem sikerült igazolni, bár azok, akiket foglalkoztat az öngyilkosság gondolata, gyakrabban imádkoznak. Az imádkozás tehát itt védőfaktor lehet, azonban a keresztmetszeti jellegű vizsgálat ok-okozati kapcsolatot nem erősíthet meg. Tendenciaszerűen a templomba

járás és az öngyilkossági kísérletek között felsejlik az összefüggés, azonban az öngyilkossági kísérletek alacsony gyakorisága miatt az összefüggés nem éri el a statisztikai szignifikanciát.

2. Tanulmány

A 2010-es Szegedi Ifjúságkutatás kiemelten foglalkozott a vallással és spiritualitással, és bár közvetlenül az öngyilkosságra nem vonatkoztak kérdések, a fiatalok pszichikai egészségére, jóllétére és egészségmagatartására igen. A fejezetnek ebben a részében a változók közötti összefüggések alapján létrehozott klasztereket mutatom be.

Minta és módszer

A Szegedi Ifjúságkutatás 2010 Survey Szegeden, középiskolás diákok (N=656, 14–21 évesek, átlagéletkor = 16,5 év, szórás = 1,5 év, 50,8% fiú) körében történt önkitöltéses kérdőív segítségével.⁷¹ A mintába véletlenszerű mintavétellel négy középiskola diákjai kerültek be, a következő iskolatípus szerinti megoszlással: 20,6% gimnázium, 63,4% szakközépiskola és 16,0% szakiskola. A vallással kapcsolatban a következő változók szerepeltek a kérdőívben: vallási hovatartozás, vallási felekezet (igen/nem), illetve aktuálisan vallási közösségbe tartozás (igen/nem), a vallásosság szintje és fontossága. A vallásos aktivitást/magatartást két változó segítségével mértük: „Milyen gyakran jársz templomba vagy vallási jellegű rendezvényekre?”, illetve „Milyen gyakran imádkozol, meditálsz?” A lelki egészség mutatói az optimizmus, az étellel való elégedettség, külső/belső kontroll, depressziós tünetegyüttes és az agresszió voltak.

Eredmények

A középiskolások vallásgyakorlás szerinti csoportjait klaszteranalízis segítségével azonosítottuk. Négy klasztert sikerült elkülöníteni, amelyek a teljes minta 65%-át fedték le (5. táblázat).

⁷¹ A módszertan részletes leírását lásd Pikó Bettina – Kovács Eszter – Kriston Pálma: Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig, *Társadalomkutatás*, XXIX. évf., 2011/4, 422–443.

5. táblázat. A középiskolás minta csoportjai a vallásos/spirituális változók alapján
(klaszteranalízis) (Szegedi Ifjúságkutatás 2010, N = 656)⁷²

Változók	1. klaszter	2. klaszter	3. klaszter	4. klaszter
Vallásosság szintje (terjedelem: 1–7, átlag: 2,42, szórás: 1,47)	1	3	4	2
Vallásosság fontossága (terjedelem: 3–12, átlag: 6,25, szórás: 2,45)	4,64	6,82	8,77	4,47
New age hittartalmak (terjedelem: 8–16, átlag: 11,86, szórás: 2,52)	10,53	12,45	13,71	11,35
Vallásos hittartalmak (terjedelem: 7–14, átlag: 10,87, szórás: 2,39)	9,07	11,89	13,11	9,70
Vallási jóllét (terjedelem: 5–25, átlag: 12,59, szórás: 4,27)	8,42	13,75	18,41	9,42
Egzisztenciális jóllét (terjedelem: 9–25, átlag: 19,18, szórás: 3,73)	14,36	17,59	21,74	22,21
Templomba járás (terjedelem: 1–6, átlag: 1,71, szórás: 0,98)	1	2	3	1
Imádkozás (terjedelem: 1–6, átlag: 1,91, szórás: 1,22)	1	2	3	1
Szegmens elnevezése	Vallást elutasító nem hívők csoportja	Vallásra/spiritualitásra nyitott csoport	Vallásos/spirituális csoport, „hívők”	Misztika és vallás híján boldogulók csoportja
Mintabeli megoszlás (%)	8%	23%	14%	20%

Az első csoport a vallásos/spirituális elnevezést kapta, ebbe a minta 14%-a sorolható. Lényegében ők számítanak ténylegesen hívőknek: aktívan, szervezeti szinten gyakorolják a vallásukat, bár a tágabb értelemben vett spiritualitást, sőt, esetenként a *New age* elemeit sem utasítják el. Azok aránya, akik vallásra/

⁷² Uo.

spiritualitásra nyitottnak számítanak, további 23%-ot tesz ki. Ők nem olyan aktívak, mint az előző csoport tagjai, de időnként gyakorolják a vallásukat. A vallást egyértelműen elutasítók, azaz a nem hívők aránya a mintában mindössze 8%. Végül a megkérdezettek mintegy 20%-a spiritualitás/vallás híján (azaz a „maga módján”) boldogul, az egzisztenciális jóllét ebben a csoportban a legmagasabb a mintában. Az egyes klaszterekben a nem és a szülők iskolai végzettsége szerint nem volt különbség.

A társadalmi helyzet önbesorolása alapján azonban a következő összefüggés igazolható ($p < 0,05$): az önmagukat alsó osztályba soroló fiatalok körében van a legtöbb hívő fiatal (40%), valamint szintén magas a vallást elutasítók aránya is (27%); a középosztályba tartozók viszonylag egyenletesen oszlanak meg a csoportok között; a felső osztályba tartozó fiatalok pedig magas arányban tartoznak a nem hívők (40%) és a vallás híján boldogulók (40%) csoportjaiba.

Végül a lelki egészség mutatóinak értékeit a vallás szerinti klasztereknek megfelelően varianciaanalízis segítségével elemeztük (6. táblázat). Valamennyi eltérés jelentős az egyes csoportok között ($p < 0,001$), a verbális agresszió kivételével. A hívők csoportjába tartozó fiatalok mellett a vallás híján boldogulók a legoptimistábbak, és az életükkel a vallás híján boldogulók a legelégedettebbek. Őket viszont szinte ugyanolyan átlagértékkel a hívők követik. A vallást elutasítók a legkevésbé optimisták és az életükkel is a legkisebb mértékben elégedettek. A belső kontroll az előzőekhez hasonló képet mutat, a külső kontroll vizsgálata viszont azt jelzi, hogy a nem hívők vélekednek leginkább úgy, hogy életünk eseményei külső környezetunktől, és nem saját döntéseinktől függenek. Legkevésbé a vallás híján boldogulók körében fordulnak elő depressziós tünetek, őket a hívők követik, a nem hívők depressziós szintje pedig messze a legmagasabb. A verbális agresszióban nem volt eltérés a csoportok között ($p > 0,05$), a fizikai agresszió azonban a vallást elutasítók csoportjában a legnagyobb mértékű, míg a haragra a vallásos fiatalok kevésbé hajlamosak, mint a nem hívők ($p < 0,05$).

6. táblázat. A fiatalok lelki egészsége az egyes klaszterekben
(Szegedi Ifjúságkutatás 2010, N = 656)⁷³

Átlag (szórás)	Vallást elutasító nem hívők csoportja	Vallásra/spiritualitásra nyitott csoport	Vallásos/spirituális csoport, „hívők”	Misztika és vallás híján boldogulók csoportja
Optimizmus LOT (átlag: 27,64, szórás: 5,02)	24,90 (4,63)	26,29 (4,79)	29,54 (5,14)	29,00 (4,40)
Szignifikancia ^a	F-érték = 18,230, p = 0.000***			
Belső kontroll (átlag: 6,96, szórás: 2,13)	6,12 (2,20)	6,55 (2,04)	7,80 (2,09)	7,24 (2,00)
Szignifikancia ^a	F-érték = 10,254, p = 0.000***			
Külső kontroll (átlag: 6,04, szórás: 2,13)	6,87 (2,20)	6,45 (2,04)	5,20 (2,09)	5,76 (2,00)
Szignifikancia ^a	F-érték = 10,254, p = 0.000***			
Depresszió CDI (átlag: 7,01, szórás: 7,32)	12,23 (9,46)	8,13 (7,36)	5,49 (6,24)	4,53 (5,30)
Szignifikancia ^a	F-érték = 18,141, p = 0.000***			
Élettel való elégedettség SWL (átlag: 22,28, szórás: 6,07)	17,98 (5,95)	20,60 (5,32)	24,45 (6,18)	24,52 (5,27)
Szignifikancia ^a	F-érték = 26,544, p = 0.000***			
Fizikai agresszió (átlag: 22,89, szórás: 6,69)	25,98 (7,05)	22,43 (6,19)	22,21 (7,34)	22,64 (6,36)
Szignifikancia ^a	F-érték = 4,388, p = 0.005**			
Verbális agresszió (átlag: 15,08, szórás: 3,43)	15,61 (3,74)	14,81 (3,34)	14,85 (3,59)	15,31 (3,29)
Szignifikancia ^a	F-érték = 1,055, p = 0.368			
Harag (átlag: 17,29, szórás: 5,15)	19,25 (5,69)	18,15 (4,64)	16,95 (5,25)	17,29 (5,28)
Szignifikancia ^a	F-érték = 2,920, p = 0.034*			

^aANOVA *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Megbeszélés

A középiskolás minta klaszterei tükrözik a hazai fiatalok valláshoz való hozzáállását: viszonylag kevesen vannak, akik rendszeresen gyakorolják a vallásukat, de olyanok is, akik teljesen elutasítják a vallást és a spiritualitást. Érdekes, hogy a vallásos és spirituális tartalmak gyakran keverednek. A társadalmi helyzet is befolyásolja a valláshoz való hozzáállást. A vallás még mindig vigaszt jelent az egyének számára, akár a társadalmi helyzetével elégedetlen valaki, akár lelki problémái vannak. A lelkiegészség-mutatók a vallás szerinti klaszterekben eltérést mutattak: a legrosszabb mutatók a vallást elutasítók körébe tartozó fiatalokat jellemezték. A vallásgyakorlás védő hatása – különösen bizonyos helyzetekben – ma is megnyilvánul, még a kevésbé vallásos serdülők körében is. Vannak, akik vallás/spiritualitás híján boldogulnak, ők kivételezett anyagi körülmények között élnek, számukra az anyagiak jelentik a biztonságot a vallás helyett. Mellettük azonban a vallásos fiatalok lelki egészsége mutatkozott a legjobbnak.

Következtetések

A szakirodalom alapján a vallás és spiritualitás lelki egészségre gyakorolt hatása számos esetben beigazolódott, ennél fogva az öngyilkosság egyik fontos protektív tényezője lehet. Természetesen vannak esetek, amikor ez a hatás nem, vagy csak kevésbé érvényes, és ellenkező hatás is előfordul. A kutatást nehezíti a definíciók egységességének hiánya és a jelenség statisztikai elemzésének, azaz a mérhetőségnek a nehézségei. Szintén félreértelmezéshez vezethet, ha keresztmetszeti vizsgálatból ok-okozati összefüggésekre próbálunk következtetni. Ez a veszély fennállhat a depresszió, a szorongás és egyéb mentális probléma, például az öngyilkossági gondolatok gyakorisága esetén. A pozitív összefüggés itt legtöbbször arra utal, hogy az egyén problémáival fokozottan fordul a vallás felé, azaz a vallási megküzdés részeként értelmezhető a pozitív kapcsolat.

A durkheimi összefüggések jórészt ma is érvényesek, annak ellenére, hogy a vallás jelentősége az elmúlt évtizedekben csökkenni látszik, vagy legalábbis jelentősen átalakult. A vallás/spiritualitás mint a kultúra része továbbra is meghatározó azonban a társadalmak gondolati struktúráiban s így az öngyilkossághoz való hozzáállást is befolyásolja. A jövőben még további vizsgálatokra lenne szükség az összefüggések mélyebb feltárásához és értelmezéséhez. Annál is inkább, mert az individualizáltabb vallási attitűdök újfajta mérési módszereket, sokszor egészen másfajta vizsgálati technikákat igényelnek.

Végül felmerül a kérdés, hogy a vallás, mentális egészség és öngyilkosság összefüggéseinek tükrében van-e a témának klinikai relevanciája. Érdekes abból kiindulni, hogy a vallások gyakran specifikus morális útmutatást jelentenek a betegek számára, ami a betegségük kimenetelére is hatással lehet, és alapvetően befolyásolja a szenvedéshez, halálhoz való viszonyulást.⁷⁴ A vallásos megküzdés lehet pozitív, de akár negatív is. Az előbbi esetben segíthetünk azzal, ha megkérdezzük a beteget, mire van szüksége, értesítsünk-e olyan egyházi személyt, aki ebben segíteni tud. A második esetben pasztorál-pszichoterápiás vagy pszichológusi segítségre is szükség lehet. Mindehhez a beteg adott hitrendszeréből kell kiindulnunk, ahhoz igazítva a kezelést.⁷⁵ A spirituális szempontok integrálása a pszichoterápiába és tágabb értelemben a mentális zavarok terápiájába mindazonáltal nem könnyű, és számos buktatója van, például a valláshoz való eltérő hozzáállás a páciens és a terapeuta részéről.⁷⁶ A védő hatás azonban csak akkor tud érvényesülni, ha a beteg továbbra is hatékonyan tudja vallását gyakorolni, és amennyiben a vallásos megküzdés negatív színezetű, ebben segíteni tudunk neki. Egyedileg kell ehhez megoldást találnunk, azonban a vallás és mentális egészség kapcsolatáról szóló kutatási eredmények ismerete kellően felkészítheti a gyógyítókat a helyzet optimális megítélésére.

BIBLIOGRÁFIA

- ANDORKA Rudolf: *Bevezetés a szociológiába*, Budapest, Osiris, 1997, 548.
- ARGYLE, Michael: *Religious behavior*, London, Routledge & Kegan, 1958.
- BAETZ, M. – BOWEN, R. – JONES, G. – KORU-SENGUL, T.: How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population, *Canadian Journal of Psychiatry*, LI. évf., 2006/10, 654–661.
- BÁLINT Lajos: Öngyilkosságok a magyar királyságban, *Demográfia*, LVII. évf., 2014/1, 5.
- BECKFORD, J. A.: *Social theory and religion*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
- BERKEL, J. – DE WAARD, F.: Mortality pattern and life expectancy of Seventh-day Adventists in the Netherlands, *International Journal of Epidemiology*, XII. évf., 1983/4, 455–459.

⁷⁴ J. Hordem: Religion and culture, *Medicine*, XLIV. évf., 2016/10, 589–592.

⁷⁵ D. P. Sulmasy: Spirituality, religion, and clinical care, *Chest*, CXXXV. évf., 2009/6, 1634–1642.

⁷⁶ R. Hefti: Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy, *Religions*, II. évf., 2011/4, 611–627.

- BÖSZÖRMÉNYI Ede: *Az öngyilkosság múltja és jelene (Történeti vázlat)*, Budapest, Magánkiadás, 1991.
- BRAAM, A. J. – HEIN, E. – DEEG, D. H. – TWISK, J. W. R. – BEEKMAN, A. T. F. – VAN TILBURG, W.: Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, *Journal of Aging and Health*, XVI. évf., 2004/4, 467–489.
- BRASSAI, László – PIKÓ, Bettina – STEGER, M. F.: Existential attitudes and Eastern European adolescents' health and problem behaviors: Highlighting role of the search for meaning in life, *Psychological Record*, LXII. évf., 2012/4, 719–734.
- BRYANT, S. – RAKOWSKI, W.: Predictors of mortality among elderly African Americans, *Research on Aging*, XIV. évf., 1992/1, 50–67.
- COMSTOCK, G. W. – PARTRIDGE, K. B.: Church attendance and health, *Journal of Chronic Disease*, XXV. évf., 1972/12, 665–672.
- CONWELL, Y. – DUBERSTEIN, P. R. – COX, C. – HERRMANN, J. H. – FORBES, N. T. – CAINE, E. D.: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study, *American Journal of Psychiatry*, CLIII. évf., 1996/8, 1001–1008.
- DERVIC, K. – OQUENDO, M. A. – GRUNEBaum, M. F. – ELLIS, S. – BURKE, A. K. – MANN, J. J.: Religious affiliation and suicide attempt, *American Journal of Psychiatry*, CLXI. évf., 2004/12, 2303–2308.
- DEW, R. E. – DANIEL, S. S. – GOLDSTON, D. B. – MCCALL, W. W. – KUCHIBHATLA, M. – SCHLEIFER, C. – TRIPLETT, M. F. – KOENIG, H. G.: A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients, *Journal of Affective Disorders*, CXX. évf., 2010/1–3, 149–157.
- DURKHEIM, Émile: *Le suicide. Étude de sociologie*, Paris, Les Presses Universitaires de France, 1897.
- DURKHEIM, Émile: *Az öngyilkosság – Szociológiai tanulmány*, Budapest, Osiris, 2003.
- ELLISON, C. G. – GEORGE, L. K.: Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community, *Journal for the Scientific Study of Religion*, XXXIII. évf., 1994/1, 46–61.
- ENSTROM, J. E. – BRESLOW, L.: Lifestyle and reduced mortality among active California Mormons, 1980–2004, *Preventive Medicine*, XLVI. évf., 2008/2, 133–136.
- ESTER, P. – HALMAN, L. – DE MOOR, R. A.: *The individualizing society. Value change in Europe and Northern America*, Tilburg, Tilburg University Press, 1994.

- EUROSTAT: Statistics explained. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2014_\(per_100_000_inhabitants\)_YB17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2014_(per_100_000_inhabitants)_YB17.png)
- FISKE, S. T. – MORLING, B. – STEVENS, L. E.: Controlling self and others: A theory of anxiety, mental control, and social control, *Personality and Social Psychology Bulletin*, XXII. évf., 1996/2, 115–123.
- FÖLDES Béla: *Statisztikai Eladások, II. sorozat*, Budapest, Politzer-féle Könyvkiadóvállalat, 1905.
- GEARING, R. E. – ALONZO, D. – SMOLAK, A. – MCHUGH, K. – HARMON, S. – BALDWIN, S.: Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence, *Schizophrenia Research*, CIIVI. évf., 2011/1–3, 150–163.
- GOOD, M. – WILLOUGHBY, T. – BUSSERI, M. A.: Stability and change in adolescent spirituality/religiosity: A person-centered approach, *Developmental Psychology*, XLVII. évf., 2010/2, 538–550.
- GRUNDMANN, E.: Cancer morbidity and mortality in USA Mormons and Seventh-day Adventists, *Archives D'anatomie et de Cytologie Pathologiques*, XL. évf., 1992/2–3, 73–78.
- HEFTI, R.: Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy, *Religions*, II. évf., 2011/4, 611–627.
- HORDEM, J.: Religion and culture, *Medicine*, XLIV. évf., 2016/10, 589–592.
- KÉZDY Anikó – MARTOS Tamás – URBÁN Szabolcs – HOVÁTH-SZABÓ Katalin: A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, XI. évf., 2010/1, 1–16.
- KOENIG, H. G. – GEORGE, L. K. – PETERSON, B. L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients, *American Journal of Psychiatry*, CLV. évf., 1998/4, 536–542.
- LEVIN, J.: How faith heals: A theoretical model, *Explore*, V. évf., 2009/2, 77–96.
- LEVIN, J. S. – VANDERPOOL, H. Y.: Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, *Social Science and Medicine*, XXIV. évf., 1987/7, 589–600.
- LUCKMANN, Thomas: *The invisible religion*, London, Macmillan, 1967.
- MACDONALD, D. A.: Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality, *Journal of Personality*, LXVIII. évf., 2000/1, 153–197.
- MALINOWSKI, B.: *Magic, science and religion and other essays*, New York, Anchor Books, 1954.

- MOKSONY Ferenc – HEGEDŰS Rita: Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon, *Szociológiai Szemle*, XVII. évf., 2006/4, 3–18.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. – KOENIG, H. G.: Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life", *Social Science and Medicine*, LXII. évf., 2006/6, 1486–1497.
- MORSELLI, Henry: *Suicide*, London, Kegan Paul, 1881.
- NIDICH, S. I. – RAINFORTH, M. W. – HAAGA, D. A. F. – HAGELIN, J. – SALERNO, J. W. – TRAVIS, F. – TANNER, M. – GAYLORD-KING, C. – GROSSWALD, S. – SCHNEIDER, R. H.: A randomized controlled trial on effects of the transcendental meditation program on blood pressure, psychological distress, and coping in young adults, *American Journal of Hypertension*, XXII. évf., 2009/12, 1326–1331.
- OLSON, M. M. – TREVINO, D. B. – GESKE, J. A. – VANDERPOOL, H.: Religious coping and mental health outcomes: An exploratory study of socioeconomically disadvantaged patients, *Explore (New York, NY)*, VIII. évf., 2012/3, 172–176.
- PIKÓ Bettina: *Egészségyszociológia*, Budapest, Új Mandátum, 2002.
- PIKÓ Bettina: *Orvosi szociológia*, Budapest, Medicina, 2006.
- PIKÓ Bettina – FITZPATRICK, K. M. – WRIGHT, D. R.: A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings, *European Child and Adolescent Psychiatry*, XIV. évf., 2005/2, 95–103.
- PIKÓ, Bettina – FITZPATRICK, K. M.: Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents, *Addictive Behaviors*, XXIX. évf., 2004/6, 1095–1107.
- PIKÓ, Bettina – KOVÁCS Eszter – KRISTON Pálma: Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig, *Társadalomkutatás*, XXIX. évf., 2011/4, 422–443.
- PIKÓ, Bettina – KOVÁCS, Eszter – KRISTON, Pálma – FITZPATRICK, K. M.: "To believe or not to believe?" Religiosity, spirituality and alcohol use among Hungarian adolescents, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, LXXIII. évf., 2012/4, 666–674.
- PIKÓ Bettina – KOVÁCS Eszter: Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata, *Orvosi Hetilap*, CL. évf., 2009/41, 1903–1908.
- PYNE, D. A.: A model of religion and death, *The Journal of Socio-Economics*, XXXIX. évf., 2010/1, 46–54.

- RASIC, D. T. – BELIK, S.-L. – ELIAS, B. – KATZ, L. Y. – ENNS, M. – SAREEN, J. – SWAMPY CREE SUICIDE PREVENTION TEAM: Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample, *Journal of Affective Disorders*, CXIV. évf., 2009/1–3, 32–40.
- ROST, Hans: *Bibliographie des Selbstmords*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1927 (reprint kiadás, 1991).
- SHREVE-NEIGER, A. K. – EDELSTEIN, B. A.: Religion and anxiety: A critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, XXIV. évf., 2004/4, 379–397.
- SORRI, H. – HENRIKSSON, M. – LÖNNQUIST, J.: Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study, *Crisis*, XVII. évf., 1996/3, 123–127.
- STEGER, M. S. – FRAZIER, P.: Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being, *Journal of Counseling Psychology*, LII. évf., 2005/4, 574–582.
- SULMASY, D. P.: Spirituality, religion, and clinical care, *Chest*, CXXXV. évf., 2009/6, 1634–1642.
- SZÉL Tivadar: Az öngyilkosok demográfiája II. rész, *Magyar Statisztikai Szemle*, VI. évf., 1928/8, 847–868.
- TEPPER, L. – ROGERS, S. A. – COLEMAN, E. M. – MALONY, H. N.: The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness, *Psychiatric Services*, LII. évf., 2001/5, 660–665.
- TOMCSÁNYI Teodóra – ITTÉS András – HORVÁTH-SZABÓ Katalin – MARTOS Tamás – SZABÓ Tünde: A spiritualitás és a vallásosság kutatásának kulcskérdései és a Piedmont-féle Spiritualitási és Vallási Érzület Mérés skála, *Psychiatria Hungarica*, XXV. évf., 2010/2, 110–120.
- WALSH, D. – MCCARTNEY, G. – O'REILLY, D.: Potential influences on suicide prevalence in comparisons of UK post-industrial cities, *Public Health*, CXLIII. évf., 2017, 94–96.
- WILCOX, W. B. – WOLFINGER, N. H.: Living and loving “decent”: Religion and relationship quality among urban parents, *Social Science Research*, XXXVII. évf., 2008/3, 828–843.
- ZHANG, J. – LI, Z.: The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for, *Comprehensive Psychiatry*, LIV. évf., 2013/7, 790–796.
- ZONDA Tamás: A magyarországi öngyilkossági szcéná múltja és jelene. http://www.zondatamas.hu/html/a_magyarorszag_i_ongyilkossagi_.html
- ZONDA Tamás – PAKSI Borbála: Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, VII. évf., 2006/1, 1–13.

- ZONDA Tamás – PAKSI Borbála – NAGY Gabriella: A vallásosság és az öngyilkosság összefüggésének hazai vizsgálatához az 1990–2010 közötti kistérségi adatok elemzése alapján, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, XV. évf., 2014/1, 70.
- ZONDA Tamás – PAKSI Borbála – VERES Előd: *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010). Műhelytanulmányok 2*, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2013.
- ZUCKERBROT, R. A. – JENSEN, P. S.: Improving recognition of adolescent depression in primary care, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, CLX. évf., 2006/7, 694–704.
- ZUCKERMAN, D. M. – KASL, S. V. – OSTFELD, A. M.: Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor, *American Journal of Epidemiology*, CXIX. évf., 1984/3, 410–423.
- WHO HFA: Data and evidence, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases>

ÖNGYILKOSSÁG ÉS KULTÚRA

RÉGMÚLT IDŐK, TÁVOLI KULTÚRÁK, KISEBBSÉGEK MA



TÓTH MÓNICA DITTA – BÓDÁN ZSOLT – ZONDA TAMÁS

A KULTÚRA SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁG HÁTTÉRÉBEN

Az öngyilkosság általános és kizárólagos emberi jelenség. Sem térben, sem időben nem találunk olyan társadalmat, ahol ne lett volna ismert valamilyen formája. Az emberi tudat magára ébredésétől számolhatunk azzal a ténnyel, hogy az bizonyos körülmények között a saját élet elvetésének a lehetőségét is magában hordozza. Azt, hogy melyek ezek a körülmények, alapvetően meghatározza az adott kultúra, melynek az egyén részese és hordozója. Más és más kultúrák más és más öngyilkossági jellemzőkkel rendelkeznek, úgy az önkezű halál elfogadottsága vagy elutasítása, módja, mint a hozzá kapcsolódó hiedelmek szabályozó voltának érvényessége és iránya, valamint a végzetes tett és az általa hordozott sajátos jelentések tartalma által. Sőt, egyes nagyobb kulturális egységeken belül, azoknak komplexitásában meghúzódó kisebb közösségek, szubkultúrák is külön, eltérő sajátosságokkal rendelkezhetnek. Mindezek a kulturális vonatkozások, melyek, ha nem is egyedüli, de mindenképpen hangsúlyos meghatározói egy-egy csoport öngyilkossági mintáinak, módszeres kutatások által feltárhatóak és elemezhetőek.

A halál kérdéseire adott válasznak a tartalma, a hiedelmek, nézetek és szokások összessége adja meg az adott kultúra halálképét,¹ melynek egyúttal szerves részét képezik az olyan speciális esetek is, mint az öngyilkosság.

Az önkezű halál elméleti síkon igen röviden felvázolt kulturális meghatározottságát a következőkben konkrét példákon keresztül világítjuk meg, kezdve a természeti népekkel egészen a Távol-Kelet világáig, hangsúlyozva, hogy az alábbiak csak rövid összefoglalása a téma világirodalmának.

¹ Kunt Ernő: *Az utolsó átváltozás*, Budapest, Gondolat, 1987.

TERMÉSZETI NÉPEK, TÖRZSI, NEMZETSÉGI TÁRSADALMAK

A természeti népek, törzsi, nemzetségi társadalmak körében kérdésünk kapcsán igazi sokszínűségekre találunk példát. Az öngyilkosság számos értelmezése, a megengedő hozzáállástól az elítélő álláspontig terjedő nézetek sora egyaránt megtalálható. Ruth Benedict például az öngyilkosság végletes megítéléséről számolt be: van ahol könnyen veszik, van ahol bölcs cselekedetnek tekintik, máshol elképzelhetetlen és hihetetlen, sőt van ahol az említését is nevetve fogadják.² Arnold van Gennep (R. Lasch nyomán) az öngyilkosok túlvilági sorsára vonatkozó elképzelések alapján négy kategóriát állított fel: vannak olyan kultúrák, amelyekben természetes cselekedetnek tekintik az önkezü halált, s ennek megfelelően a túlvilági sors sem különbözik, van ahol túlvilági jutalom vár az ilyen tettet elkövetőkre, van, ahol az öngyilkosok soha nem egyesülhetnek a többi halottal és örök bolyongásra vannak ítélve az élők és holtak világának határán, végezetül van, ahol büntetésben részesülnek a túlvilágon.³ Az addig felgyülemlett etnográfiai adatokat összefoglalva Wisse 1933-ban úgy találta, hogy mind a megengedő s mind az elítélő magatartásra számos példát találhatunk a természeti népek körében. Szerinte ezek között nagyobb számban vannak azok a kultúrák, amelyekben az öngyilkosság tabuja nem ismeretes, szemben azokkal, melyekben a tabu él, s komoly szankciókat von maga után az önpusztító tett.⁴

Raymond Firth egy kevesebb mint 2000 főt számláló polinéziai közösség, Tipokia szigetlakóinak öngyilkossági gyakorlatáról készített mintaszerű elemzést. A szigeten az öngyilkosságok három hagyományos formája ismert, a nyílt tengerre való kiűzés (kizárólag nőknél) vagy kievezés kenuval (férfiaknál) és az önakasztás (mindkét nemnél). A közösség alapvető attitűdje enyhe rosszalással jellemezhető, melyben nagyobb hangsúly jut a sajnálkozásnak, mint az iszonyatnak vagy ítéletnek. A rosszalás is elsősorban az akasztással szemben nyilvánul meg, s alapja az a hiedelem, mely szerint az istenek nem szeretik ezt a halálnemet, mert így nincs idejük a felkészülésre, s emiatt a halott lelkét nem tudják az őt megillető helyre szállítani, s annak emiatt bolyongania kell egészen addig, míg az ősök lelkei rá nem találnak s magukhoz nem veszik. A másik két halálnemet ezzel szemben „nagyszerű, édes” halálnak tekintik, mely esetén a lélek egyenesen az ősök közé kerül. Az öngyilkosság leggyakoribb indokai: a közeli hozzátartozó elvesztése felett érzett fájdalom, súlyos betegség, öregség, szegény egy elkövetett tett miatt vagy családi viszály. Ez utóbbi sajátos formája a szülői hatalom elleni lázadás. A fiatal fiúk gyakran választják megoldásként a

² R. Benedict: *Pattern of Culture*, London, Routledge, 1935.

³ A. van Gennep: *The rites of Passage*, London, Psychology Press, 1960.

⁴ J. Wisse: *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, W. J. Thieme & Cie, 1933.

tengerre való kievezést az apjukkal való konfliktus után. A fiatalok ilyen öngyilkossági kísérletei azonban részei az elfogadott tipokiai normáknak és segítenek enyhíteni a szülői szigort. Megállapítható volt, hogy az öngyilkossági kísérletek gyakrabban jelennek meg bizonyos élethelyzetekben. A halálozás esélye ezeknél a kísérleteknél egy, az elkövető által kontrollálható skálán mozog, amellyel a tengerre való kiúszás vagy kievezés eseteit vizsgáljuk. A felfedezést követően ugyanis mindkét esetben mentőakció indul, s attól függően, hogy az önpusztító szándék mennyire volt erős (pl. milyen irányban indult az öngyilkosjelölt, vitt-e magával bármilyen felszerelést a kenuban stb.) még lehet esély a megmentésre. Érdekes vonás, hogy a megmentett ember általában megdicsőülve, társadalmi státusz tekintetében megerősödve kerül ki az eseményekből, ami gyakran jelent csábítóerőt a közösség tagjainak számára. Az öngyilkossági kísérletek eszközként való használata ilyen formában természetesen komoly halálos kockázatot jelent. Firth szerint azonban éppen ez a kockázatvállalási hajlam adja a szigetlakók kultúrájának sajátosságát.⁵

Más jellegű példával szolgálnak Malinowski Trobriand-szigeteki kutatásai. Leírásai szerint ugyanis itt az öngyilkosságnak sajátos jogi színezete volt. Az igazságszolgáltatás egy elfogadott formájának tekintették, melyben az elkövető élete eldobása által egyrészt kiutat nyert szorult helyzetéből, másrészt rehabilitációt a közösségtől. Az elkövetés hagyományos módját a pálmafáról való leugrás, valamint a mérgezés jelentették. A háttérben mindig valamilyen vétség (pl. incestus) állt, melyet a vétkes egyrészt igyekezett jóvátenni halálával, másfelől viszont tiltakozott azok ellen, akik vétkét nyilvánosságra hozták, s ezáltal őt teljesen kilátástalan helyzetbe kényszerítették. A megvádolt személy felmászott egy magas pálmára, ahonnan beszédet intézett vádlói ellen, elnézést kért családjától s halálának megbosszulására biztatta őket, majd a mélybe vettette magát. Ezekben az esetekben természetesen szó sincs az önpusztító tett társadalmi elítéléséről, netán annak negatív túlvilági következményeiről vagy a temetési szertartás megváltozásáról.⁶

Érdemes külön szólnunk az afrikai törzsek kapcsán gyakran emlegetett ún. sámsoni típusú öngyilkosságokról. Ezek lényege a Malinowski által feltárt példához valamelyest hasonlóan az, hogy az elkövető a saját életéről való lemondás által szerez magának menekülést egy szorult helyzetből, s egyúttal bosszút azon, akit a kiváltó konfliktusban leginkább vétkesnek tekint. A bosszú alapulhat túlvilági, vagy társadalmi megtorláson. Előbbi azon a hiedelmen nyugszik, hogy az öngyilkos lelke a halál után hatalmas erejű, rosszindulatú szellemé alakul, s

⁵ R. Firth: Suicide and Risk-taking in Tikopia Society, in A. Giddens (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection Readings*, London, Frank Cass & Co., 1971, 197–222.

⁶ B. Malinowski: *Baloma*, Budapest, Gondolat, 1972.

ekképpen tud elégtételt venni ellenségén. Utóbbinál pedig a hagyományok által szentesített társadalmi erők kényszerítik az öngyilkos által halála előtt nyilvánosan megnevezett ellenséget vagy saját életének eldobására, vagy gyakoribb esetként valamilyen kártérítés fizetésére. Ezekben az esetekben az öngyilkosság tehát mint a bosszú sajátos eszköze kerül alkalmazásra olyan helyzetekben, melyeknek a feloldása másként nem lehetséges. Érdekes, hogy bennük a tett túlvilági következményei nem mint elrettentő, hanem éppen ellenkezőleg, mint motiváló tényezők kapnak szerepet.⁷

Az eddigiekkel szemben az afrikai gisuk az öngyilkosságot elítélendő, különösen rettenetes és gonosz dolognak tartják. Ha valaki eldobja magától az életet, az mind saját maga, mind a közösség szempontjából ártalmas. A gisu hit szerint lelkéből a túlvilágon nyugodni nem tudó, gonosz szellem lesz, mely különösen veszélyes az élők világára. Éppen azért a falu lakói igyekeznek mindent elkövetni, hogy a gonoszt távol tartsák a közösségtől. Rituális szertartásokkal engesztelik ki az öngyilkos lelkét, illetve tisztítják meg a környezetet, ahol a haláleset történt. Az öngyilkos kunyhóját lerombolják, önakasztás esetén a fát kivágják és elégetik, állatáldozatot mutatnak be. Az elhunyt nem részesülhet a szokásos temetési procedúrában, nem szólhatnak a dobok, koponyáját nem rakhatják a család halottjainak koponyái mellé. Nem szabad gyereket elnevezni az öngyilkos után. Általában véve az emlékét is igyekeznek minél hamarabb kitörölni annak, aki ilyen nagy bajt hozott a közösségre. Az öngyilkos testét közeli rokonok nem érinthetik, mivel úgy tartják, hogy az fertőző lehet, így az ugyanazon leszármazási ághoz tartozók különösen veszélyeztetettek, s hajlamosak arra, hogy a gonosz lélek miatt ők is hasonló tettet kövessenek el. Ezt azért is gondolják így, mert hitük szerint az öngyilkosságban az ún. *litima*, vagyis az indulat különösen nagy szerepet játszik, s erre mint az egész leszármazási ágra jellemző állandó tulajdonságra tekintenek. Bár nem hiszik, hogy az öngyilkosság öröklődő lenne, úgy tartják, hogy vannak családok, amelyek a *litimájuk* miatt különösen hajlamosak az önkezü halálra. Emellett az ősöknek jut döntő szerep, ugyanis a gisuk szerint ők azok, akik arra készítetik az embert, hogy végezzen magával. Ezt kétféle módon tehetik: egyrészt szégyenérzetet ébreszthetnek az áldozatban valamilyen tett miatt, másrészt konfliktusba keverhetik a közeli rokonsággal. Az öngyilkosságot gyakran a haragvó ősök bosszújának tekintik, ilyenkor a kiengesztelésükre áldozatot kell bemutatni.⁸

⁷ M. D. W. Jeffreys: Samsonic Suicides: or Suicides of Revenge Among Africans, in A. Giddens (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection of Readings*, 185–196.

⁸ J. L. Fontaire: Suicide Among the Gisu, in Giddens (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection of Readings*, 170–185.

Egy másik afrikai nép, a nyoro is a gisukhoz hasonló nézeteket vall. Úgy tartják, ha valaki megöli magát, azzal nagyon komoly veszélyt hoz a közösségre, amit annak mindenképpen el kell hárítania, és biztosítania kell a rituális megtisztulást. Ennek érdekében a fát, amelyre valaki felakasztotta magát, gyökerestől kiirtják és elégetik, ugyanerre a sorsra jut a ház is, ha ott történt a haláleset.⁹

Ezzel szinte megegyező adatokat találunk a közép- afrikai bagandák körében is, kiegészítve azzal, hogy az öngyilkos testét elhagyatott helyen vagy keresztutaknál temetik el, mivel félnék az öngyilkos kísértetétől. Ez utóbbi elem egybecseng a középkori Európa gyakorlatával.¹⁰

Végezetül érdemes szólnunk az öregek önkéntes haláláról az eszkimók körében. „A mi szokásunk itt fenn az, hogy az összes öregember, aki már semmit nem tud csinálni, és a halál nem viszi el, segít annak, hogy elvigye. Ezt nem csupán azért teszik, hogy megszabaduljanak az élettől, ami már nem öröm többé, hanem hogy a legközelebbi rokonokról levegyék azt a terhet, amelyet ők jelentenének.”¹¹ A legfontosabb motívumok: az önkéntes halált az idős, gyakran beteg emberek választják, akik a közösség szempontjából haszontalannak érzik magukat. Erősíti őket ebben a döntésben az a hiedelem, hogy az öngyilkosok lelke a túlvilág legelőkelőbb részébe távozik, együtt azokkal, akik más erőszakos halálnem áldozatai lettek. A Lawrens-szigeteki eszkimók gyakorlatát részletesebben ismerjük egy, az 1950-es években végzett kutatás eredményeiből. Itt az öngyilkosság három hagyományos módja az akasztás, a lőfegyver, valamint a kés használata volt. Az öregek esetében egyaránt történtek tényleges öngyilkosságok, valamint kérésre elkövetett gyilkosságok. A kezdeményezés mindig a beteg, idős embert illette meg, aki kérte családját, hogy segítsenek neki meghalni. Ezt a kérést két alkalommal illett elutasítani, de harmadjára már nem lehetett. Ha megvult a beleegyezés, a halni vágyó felöltözött, „mint a halott”, kifordított ruhába, majd a hozzátartozói kivitték az esemény színhelyére, ahol már akkorra a közösség több tagja összegyűlt. Itt az idős, halni készülő ember beszédet mondott, melyben tanácsokat adott a hátramaradóknak az életre vonatkozólag, majd vagy saját kezével vetett véget életének, vagy valamelyik rokon segítségét kérte. Mindezt a természetes körülmények között elhunytakéval megegyező temetési szertartás követte. Ha valaki segített a halálnál, annak utána rituálisan tisztuláson kellett átesnie, mely egyrészt mint szimbolikus büntetés jelent meg, másrészt mint a gyilkosságból származó esetleges gonosz elhárítását szolgálta. Ugyanebben

⁹ P. Bohannon (ed.): *Africans Homocide and Suicide*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 1960, 142–143.

¹⁰ J. Roscoe: *The Baganda*. London, Frank Cass & Co., 1965, 20.

¹¹ K. Rassmussen: *The Netsilik Eskimoss: Social Life and Spiritual Culture*, Copenhagen, Nordisk Forlag, 1931, 144.

a közösségben egy másik hiedelem is élt, mely adott esetben segített a végső döntés meghozatalában, s már nem feltétlenül csak az időseknek. E szerint élete feláldozásával az ember megmentheti súlyos beteg hozzátartozóját, kielégítve halálával a gonoszt, aki a betegséget okozta. Ilyen motivációval gyakran az életük teljében lévő férfiak is vállalják a halált, hogy szabadulást hozzanak fiuknak vagy unokájuknak.¹²

A NYUGATI VILÁG

A nyugati civilizáció bölcsőjét a Közel-Kelet ókori magas kultúrái jelentik. Bár ebből az időszakból már írásos forrásokkal is rendelkezünk, magáról az öngyilkosságról nem sokat tudunk meg. A gazdag halottkultusszal jellemezhető Egyiptomban az önkezü halálra utalhat például *Az életunt beszélgetése lelkével* című irodalmi mű vagy a hieroglif írás egyik jele, mely egy magát baltával fejbe vágó alakot ábrázol.¹³ Emellett arra is van adatunk, hogy a III. Ramszesz elleni összeesküvésben résztvevők ítélete az volt, hogy önkezüleg vessenek véget életüknek.¹⁴ Mindez azonban kevés ahhoz, hogy az öngyilkosságról mint jelenségről a korszakban képet alkothassunk. Mezopotámia történetének forrásai még ennél is kevesebbet árulnak el, így egyet kell értenünk Zonda Tamással, aki szerint „Az ókori Mezopotámia ránk maradt emlékeiben nem téma az öngyilkosság, a konfliktusok megoldásának nem ismert, de legalábbis igen ritka formája lehetett az önkezü halál.”¹⁵

Egészen más képpel szembesülünk, ha az antikvitás világát tesszük vizsgálatunk tárgyává. Az ókori görög és római civilizáció már bővelkedik az öngyilkosságról tanúskodó forrásokban.¹⁶ Egyaránt találunk filozófiai elemzéseket, történeti adatokat és törvényeket a szabad halállal kapcsolatosan. Ezek alapján egy változatos, de az öngyilkosságot alapjaiban elismerő, sőt bizonyos körülmények között kifejezetten nemes tettetnek tekintő szemlélet tárul elénk. A filozófiában a teljes elítéléstől (Pithagorasz) a társadalom érdekeinek védelmében való tiltáson át (az alapos indok nélküli öngyilkosság elítélése – Arisztotelész)

¹² A. H. Leighton – Ch. Hughes: Notes on Eskimo Patterns of Suicide, in Giddens, A.: *The Sociology of Suicide – A Selection of Readings*, 158–169.

¹³ A. Murray: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, Oxford, Oxford University Press, 2000, 586–587.

¹⁴ Zonda T.: *Az öngyilkosság kultúrtörténete*, Végeken Alapítvány, 1991, 42–43.

¹⁵ Uo., 27–32.

¹⁶ A. Alvarez: *The Savage God. A Study of Suicide*, London, W. W. Norton Company, 1974; G. Minois: *History of Suicide. Voluntary death in Western Culture*, Baltimore – London, The Johns Hopkins University Press, 1999.

az elismerő, sőt bátorító elméletekig (sztoikusok) terjed a skála. Ezek mellett mind ismert történelmi személyek (pl. Szókratész, Lukrécia, Cato, Seneca, Néro stb.), mind irodalmi alakok (Ajax, Héraklész, Didó stb.) öngyilkosságára bőven találhatunk példát. De van adatunk arról is, hogy Athénban például egyidőben büntetésképpen levágták az öngyilkos kezét, amivel tettét elkövette, Thébában pedig temetetlenül hagyták az öngyilkosokat.¹⁷ A római jog bizonyos körülmények között tiltotta és büntette az öngyilkosságot (pl. katonák, rabszolgák vagy az igazságszolgáltatás alól kibúvók esetén), bár ennek inkább gazdasági, mint morális indokai voltak.¹⁸

Ebben a korban gyökerezik a ma ismert nyugati világ arculatát alapvetően meghatározó vallás- és eszmerendszer, a kereszténység is. Bár a Biblia csak kis-számú öngyilkossági esetet tárgyal (az Újszövetség mindössze egyet – Júdás halála), s ezeket sem minősíti, majd a korai keresztény századoknak az öngyilkosság határait feszegető vértanúságai más irányba mutattak, az egyház már a 4. századra eljutott az önkezü halál kifejezett tiltásához, szemben az antikvitás legalábbis megengedő álláspontjával. Elsőként Szt. Ágoston megfogalmazásában olvashatjuk, hogy az öngyilkosság Isten elleni véték, halálos bűn, lázadás a Teremtő ellen.¹⁹ Ennek szellemében a 6-7. századi zsinatokon sorra születtek az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben hozott határozatok, rögzítve az ekkorra már kialakuló megkülönböztetett temetési gyakorlatot (Orleans, Kr. u. 533; Braga Kr. u. 561; Toledo Kr. u. 693), melyek később a keresztény európai államok világi törvényhozásába is bekerültek, vagyonelkobzással kiegészítve. Két korai példa: Edgár király 9. századi törvénye Angliában, valamint a Gulathing törvény Norvégiában, ugyancsak a 9. századból.²⁰ A teológia közben, különösen Aquinói Szt. Tamás után, az Istennel való szembeszegülés tanától eljutott az ördöggel való szövetségig – az öngyilkosság az ördög kísértésének ellenállni nem tudó ember vétke.²¹

A középkori Európában az öngyilkossághoz a holttestet az utcán végigvonszoló, azt megszegényítő, temetőárokban vagy útkereszteződésekben, határon elföldelő tömeg képe kapcsolódik. Lássunk néhány példát: a 16. századi Angliában az öngyilkost a vizsgálatot követő éjszakán az egyházi hivatalnokok és tanácstagok segítőikkel kivitték egy útkereszteződéshez, ott a meztelen holttestet a sírgödörbe dobták, majd egy karóval a sírba szögezték, és elföldelték. Az

¹⁷ M. Macdonald – R. Terence Murphy: *Sleepless Souls, Suicide in Early Modern England*, Oxford, University Press, 1990, 17.

¹⁸ Murray: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, 591–592.

¹⁹ A. J. Droge – J. D. Tabor: *A Noble Death: Suicide and Martyrdom Among Jews and Christians in Antiquity*, San Francisco, Harper, 1991.

²⁰ Macdonald – Terence: *Sleepless Souls, Suicide in Early Modern England*, 15–41.

²¹ Uo., 42–76.

eseményen a pap egyáltalán nem volt jelen, imát sem mondtak.²² Zürichben az öngyilkosokat aszerint temették el, amilyen módon véget vetettek az életüknek. Ha valaki leszúrta magát, egy karót vertek át a koponyáján, ha vízbe ölte magát, akkor a homokba a vízpartra temették, akik mélybe vetették magukat, azokat kőhalom alá temették. A középkori német területek számos részén a holttestet végigvonszolták az utcákon, majd fejjel lefelé egy láncra akasztották és hagyták elrothadni.²³ Hosszan lehetne még sorolni a különböző módjait a megszégyenítő temetéseknek.²⁴

A változást a reneszánsz, majd még inkább a felvilágosodás időszaka hozta magával. Az egyházi tanokkal szemben fokozatosan teret nyer az emberi szabadság eszménye – a jog az önkéntes halál megválasztásához. Erasmus, Morus Szt. Tamás, Montaigne írásai előkészítik az olyan, nyíltan az öngyilkosság mellett érvelő munkákat, mint a *Biothanatos* (1644) John Donne-tól, vagy a *Life's Preservative against Self Killing* (1637) John Simtől, haladva egészen David Hume híres munkájáig, mely az *Esszé az öngyilkosságról* (1777) címmel jelent meg.²⁵ Ezek az írások, ha lassan is, de éreztetik hatásukat, így a 18. század végétől Európa-szerte születnek az öngyilkosságot már nem bűncselekményként kezelő törvények. Csak néhány példaképpen ezek közül: elsőként a forradalmat követően, 1790-ben Franciaországban született ilyen törvény,²⁶ majd 1791-ben egy magyar törvényjavaslat, Poroszországban pedig 1794-ben látott napvilágot hasonló törvény.²⁷ Ausztriában egészen 1850-ig kellett várni, míg Angliában még később, 1961-ben szűnt meg az öngyilkosság bűnesetként való kezelése.²⁸ Ezzel együtt, a 19. századi Európa számos pontján a romantika szellemében az előkelőbb osztályok körében valóságos öngyilkossági hullám figyelhető meg.²⁹ Mindezek a változások az alsóbb osztályokhoz csak fáziskéséssel jutnak el, s inkább a 20. században éreztetik hatásukat. Annak is köszönhető ez, hogy bár az egyház pozíciói általában véve gyengültek a társadalomban, befolyásuk éppen a hagyományokhoz jobban ragaszkodó vidéki társadalomban még mindig jelentős maradt.

A 19. század abból a szempontból is döntő változást eredményezett, hogy ekkor kezdődött el az öngyilkosság módszeres kutatása, mely Durkheim munkája után a 20. században kiteljesedve jelentős eredményeket ért el, nagy hatást

²² Macdonald – Terence: *Sleepless Souls, Suicide in Early Modern England*, 15.

²³ Minois: *History of Suicide. Voluntary death in Western Culture*, 35–36.

²⁴ Murray: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, 11–53.

²⁵ R. M. Brown: *The Art of Suicide*, London, Reaction Books, 2001, 88–145.

²⁶ Stengel: *Suicide and Attempted Suicide*, 71.

²⁷ Zonda: *Az öngyilkosság kultúrtörténete*, 204–206.

²⁸ Stengel: *Suicide and Attempted Suicide*, 71.

²⁹ Buda B.: *Az öngyilkosság*, Animula, Budapest, 1997, 104.

gyakorolva a közgondolkodásra is az önkezű halál vonatkozásában. Napjaink globalizálódó társadalmában – a média által nyújtott információáradattal is megerősítve – az öngyilkosságról alkotott vélemények széles skálán mozognak, egységes szemléletről nem beszélhetünk, sokkal inkább a különböző nézetek pluralizmusáról, melyben az elítélés és megengedés végletei mellett az orvosi, társadalmi alapozottságú tudományos szemlélet is erősen érezteti hatását.

AZ ARAB VILÁG

Az öngyilkosságot az iszlám alapvetően elítéli. A kereszténységhez hasonlóan vallja az élet szentségét és értékes voltát. Az élet ura egyedül az Isten, Allah. A gyilkosság minden formájában, akár más, akár saját életünkről van szó, szembeeség az életet adó Allah akaratával.

Az iszlám a következő okokból tiltja a gyilkosságot – beleértve az öngyilkosságot is:
 (1) Az az élet meggyalázása. (2) Az a többi embernek (a közösségnek) a meggyalázása
 (3) Megtagadja egy személy jogát az élethez, annak örömeihez és adományaihoz, és megfoszt másokat azoktól az eredményektől, amiket az eltávozott hozhatott volna a társadalomnak, a haladásnak és a civilizációnak.³⁰

Ennek ellenére a Koránban kifejezett tiltását nem találjuk az öngyilkosságnak. Vannak olyan versei, melyeket sokan így értelmeznek, de éppúgy találhatunk olyanokat is, melyek inkább elnéző álláspontot képviselnek. Az iszlám hagyomány más részeiben, a Próféta mondásait összefoglaló iratokban azonban már találkozunk az egyértelmű tiltással. Ezek alapján, aki önkezeléssel vet véget az életének, a körülményektől függetlenül kizárja magát a paradicsomból. Ez halálos bűn, melyért büntetésképpen a pokolban vég nélkül kell ismételnie az öngyilkosnak végzetes tettét. Arra is találunk adatot, hogy Mohamed visszautasította a szokásos imát az öngyilkosokért.³¹

³⁰ Sheik Yusuf Al-Najjar: Suicide and Islamic Law, in H. Z. Winnik – L. Miller (eds.): *Aspect of Suicide in Modern Civilisation. In Proceedings of the 8th International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention*, Jerusalem Academic, 1978, 28–33.

³¹ F. Roshental: Intikar, in B. Lewis – V. L. Menage – Ch. Pellat – J. Schacht (eds.): *The Encyclopedia of Islam, Volume III: H-Iram*, Leiden – London, E. J. Brill, 1979, 1247.

Ennek ellenére a középkor folyamán nem tekinthető egységesnek a megkülönböztető temetési szertartás, és nem jellemző az a szigor, amelyet az európai kontinens keresztény államaiban találhatunk. A különböző jogi iskolák ugyanis nem egységesen ítélték meg az esetet, és hajlottak az engedékenységi irányába.³²

A középkori irodalmi alkotások és filozófiai munkák is arról tanúskodnak, hogy az arab világban a vallási tiltás mellett más hagyományok is éreztették hatásukat. Számos példáját találhatjuk olyan irodalmi alkotásoknak, melyekben a tiltott szerelmesek öngyilkossága csodálattal párosul, de az antik és főleg a hellenisztikus filozófiából táplálkozó arab filozófiai munkákban is találkozhatunk az öngyilkosságot adott körülmények között elfogadható tettként értékelő nézetekkel. Abú Hayyán al-Tavhidi köréből például a következőket olvashatjuk: „Az emberi létezés akkor értékes, ha erkölcsi tisztasággal párosul, máskülönben egyező a nemlétezéssel. Következésképpen, ha egy egyszerű, nem tökéletes életet öngyilkossággal fejeznénk be, az nem jelentene nagy változást.”³³ A források arról tanúskodnak, hogy bizonyos helyzetekben az önkezü halál nagyobb megértésre talált. Ilyenek lehettek a kilátástalan élethelyzetek, a kiábrándultság, az elviselhetetlen szerelmi bánat vagy éppen a súlyos anyagi gondok, a nyomor. Az arab népek történelmében számos példát találunk az öngyilkosságra, különösen olyan esetekben, mikor ezzel igyekeztek elkerülni az ellenség kezei közé jutást vagy a biztos halált, vagy így próbáltak menekülni a megszégyenülés elől. Ehhez kapcsolódóan ismert a kegyvesztett emberek kivégzése is ilyen módon. A selyemzsinór az uralkodó ítéletét jelentette, aki megkapta rendszerint végzett magával, nem várva meg a tényleges kivégzést.³⁴

Napi aktualitással is szólhatunk az öngyilkos merényletek kapcsán az öngyilkosságnak olyan eseteiről, melyek nem tekinthetőek az iszlám hagyományos felfogása szerint elítélendőnek: ilyenek az önfeláldozás és a mártíromság háborús helyzetekben. Ezek a cselekedetek a szent háború, a *dzsihá*d részeként nemhogy túlvilági büntetésre számíthatnának, éppen ellenkezőleg, a paradicsom jut osztályrészül a tett végrehajtóinak.³⁵

A fentebb említett esetek azonban alapjaiban nem változtatják meg a fejezet elején bemutatott, alapvetően elutasító viszonyulását az iszlámnak az öngyilkosságokhoz.

³² Murray: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, 11–53.

³³ Zonda: *Az öngyilkosság kultúrtörténete*, 127.

³⁴ Roshental: *Intikar*, 1247.

³⁵ Al-Najjar: *Suicide and Islamic Law*.

A TÁVOL-KELET VILÁGA

Míg a monoteista kereszténység és az iszlám, az Istenbe mint az élet mindenható urába vetett hit alapján az öngyilkosságot lényegében elveti, meghatározva ezzel a történelem során hozzá szorosan kapcsolódó kultúrák elutasító szemlélet is, addig a távol-keleti vallások gyakran személytelen istenképével együtt az önkezü halál megítélésével kapcsolatosan sokszínűséget találunk.

Ha Indiát és ehhez kapcsolódóan a több ezer éves múltra visszatekintő hinduizmust vizsgáljuk, több eltérő álláspontra találunk példát térben és időben.³⁶ Vannak olyan formái az öngyilkosságnak, melyet a vallási előírások elismernek és szentesítenek. A szanszkrit törvények például bizonyos esetekben nemhogy támogatták, de kifejezetten előírták a Gangesz bizonyos szent helyein a zárándokok számára, hogy vízbe öljék magukat, ezzel érve el a beteljesülést. A nyugati világban is feltűnést keltett, közismert példa a *suttee*, az özvegyek önfeláldozása férjük halotti máglyáján, melyre még napjainkban is van példa. De említhetjük az afrikai „sámsoni típusú” öngyilkosságokhoz hasonló gyakorlatot is, amelyben az önpusztító tett mint a bosszú eszköze jelenik meg, párosulva az ellenségre mondott átokkal. Más vallási iratok viszont a keresztény tanokhoz meglehetősen hasonló álláspontot fogalmaznak meg: az öngyilkos a pokolba kerül, és nem részesülhet a halott a megszokott temetési szertartásban. A lélekvándorlás tana alapján sincs értelme az öngyilkosságnak, hiszen itt a halál nem egy végleges tett, hanem csak egy mozzanata a hosszú létezésnek. Sőt, azáltal, hogy az öngyilkos megöli saját magát, bűnt követ el, amivel rontja esélyeit, hogy eljusson a nirvánába.³⁷

Kína a 19. században a fiatal nők, gyakran özvegyek öngyilkosságairól vált híressé a nyugati világban. Ez történhetett saját vagy családjuk becsülete védelmében, ami különösen az előkelők körében volt gyakori, de akár férjük iránti hűségből is. Ez utóbbit, amikor az özvegy követte férjét a halálba, a hűséget és engedelmességet központba állító konfucionista tanok kifejezetten magasztos cselekedetnek tekintették.³⁸

Ha a társadalmi és kulturális összefüggéseket alaposabban megvizsgáljuk, további motivációt is találhatunk ezekhez az esetekhez. Kína hagyományos társadalmában egy gyermek nélküli fiatal özvegy keveset várhatott a jövőtől. A vér szerinti családjához már nem tartozott, a házasság révén szerzett családjában pedig csak a legalacsonyabb helyet foglalhatta el. Újra házasodni csak rangon

³⁶ Murray: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, 539–547.

³⁷ Kunt Ernő: *A halál tükrében*, Budapest, Magvető, 1981, 110–111.

³⁸ P. S. Ropp – P. Z. Zamperini – T. Harriet (eds.): *Passionale Women: Female Suicide in Late Imperial China*, Leiden, Brill, 2001.

alul lett volna lehetősége. Ha viszont azt választotta, hogy követi férjét a halálba, csodálat tárgya lett, akit mindenki kényeztetett, és halála után mint szemérmes, tiszta nőről emlékeztek meg róla.

A paraszti közösségekben amellet a fiatal nők öngyilkossága sajátos problémamegoldó funkciót is hordozott. Lehetőséget kínált a családba bekerült nők az anyóssal szembeni fellépésre. Az öngyilkosság ugyanis a férj családjának szégyent jelentett, a közösség a fiatalasszony haláláért pedig rendszerint az anyós kegyetlen magatartását okolta. Ezek mellet a hiedelmek szerint az öngyilkos lelkéből hatalmas gonosz kísértet vált, amely képes volt bosszút állni a földi sérelmekért.

Ezek az elemek a modern Kínában is éreztetik hatásukat. A statisztikák szerint a nők öngyilkossága a világnak azon a részén továbbra is gyakoribb, mint a nyugati társadalmakban.³⁹

Míg India a *suttee*, Kína a fiatal nők öngyilkossága, addig Japán leginkább a harakiri (*szeppuku*), a samurájok rituális öngyilkossága révén vált ismertté a nyugati világban. Ennek nyomán elterjedt az a nézet, hogy Japánban különösen nagy a hajlandóság az önkézi halálra. Ez a kétségtelenül kultúrspecifikus formája a japán harcosok öngyilkosságának –melynek háttérében sajátos becsületkódexük és halálképük is meghúzódott⁴⁰ –, azonban nem általánosítható a japán szemléletmód egészére, és különösen nem a mai Japánra, melynek statisztikai adatai a nyugati világhoz hasonló tendenciákról számolnak be. Yoshitomo Takahashi például kifejezetten amellet érvel, hogy bár kétségtelenül vannak kulturális sajátosságok a japán öngyilkosságokban, a jellemzőbb inkább az öngyilkosságokra általánosságban érvényes összefüggések megléte. Itt is szegénynek számít az öngyilkosság, amelynek a bélyegét a családtagok egy életen át magukon hordozzák.⁴¹ Mindenesetre megkülönböztethető néhány tipikus esete a japán öngyilkosságoknak. Ilyen a fiatalkorúak magas öngyilkossági aránya, melynek a háttérében a nagy elvárások és a teljesítménykényszer, a minél jobb egyetemre való bekerülés követelménye húzódhat meg,⁴² vagy a *boshi shinju* a

³⁹ M. Wolf: Women and Suicide in China, in M. Wolf – R. Witke (eds.): *Women in Chinese Society*, Stratford University Press, 1975, 111–141.

⁴⁰ Zonda: *Az öngyilkosság kultúrtörténete*, 141–147.

⁴¹ Y. Takahashi: Culture and suicide: from a Japanese psychiatrist's perspective, *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 1997, 27 (1), 137–45.

⁴² M. Iga – K. Ohara K.: Suicide Attempts of Japanese Youth and Durkheim's Concept of Anomie, in Giddens (ed.): *The Sociology of Suicide*, 1971, 223–239.

fiatal anyák öngyilkossága, úgy, hogy előtte gyermeküket is megölik,⁴³ vagy a középkorú férfiak öngyilkossága, háttérben a munka és a vállalat érdekeinek előtérbe helyezésével.⁴⁴

Egy többszerzős vizsgálat azt hangsúlyozza, hogy: „azon elterjedt hiedelem, miszerint Japánban az öngyilkosság a mindennapi kultúra része (harakiri és kamikaze mítosz), ma már nem igaz, azonban a szuicidummal kapcsolatos hagyományos elfogadó attitűd napjainkban is jelen van a japán kultúrában.”⁴⁵

ÖNGYILKOSSÁG A KISEBBSÉGEKBEN, ETNIKUMOKBAN

Ma a világ legtöbb országában számos kultúra képviselői élnek együtt, sajátos *multikulturális közösséget* alkotva. Az öngyilkosság kutatásban nem mindig alkalmazhatók a standard elméletek a különböző etnikai csoportokra. A prevenciós programok kidolgozásakor ugyanis feltétlenül figyelembe kell venni ezeket a kulturális különbségeket ahhoz, hogy hatékonyan meg tudjuk előzni az etnikai csoportokhoz tartozó személyek öngyilkossági magatartását.⁴⁶

Az öngyilkossághoz vezető út különbözik az adott kulturális csoportok között, ezért a szociokulturális kontextus és a kulturális megközelítés rendkívül fontos egyrészt elméleti szempontból, másrészt egy esetleges megelőzési program kimunkálása érdekében. A téma jelentősége ellenére viszonylag kevés tanulmány foglalkozik azzal, hogy a szociokulturális tényezők milyen módon befolyásolják a szuicid rátákat, a komorbiditást, a motivációt és az elkövetési módokat.⁴⁷

A KISEBBSÉGI CSOPORT FOGALMI MEGHATÁROZÁSA

Francesco Capotorti⁴⁸ 1977-es definíciója szerint a kisebbség a többségi társadalomhoz képest alacsonyabb létszámú csoportot jelöl, mely etnikai, vallási

⁴³ Takahashi: Culture and suicide: from a Japanese psychiatrist's perspective, 142–143.

⁴⁴ M. Iga: *The Thorn in the Chrysanthemum Suicide and Economic Success in Modern Japan*, London, University of California, 1986.

⁴⁵ D. Berger – Y. Takahashi: Cultural dynamics and the unconscious in suicide in Japan, in A. Leenaars – D. Lester – E. Aronson (eds.): *Suicide and Unconscious*, Northvale N. J., Jason Aronson, 1996, 248–258.

⁴⁶ D. Lester: Theories of Suicide, in F. L. Leong – M. M. Leach (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 39–53.

⁴⁷ D. Lester: Culture and suicide, in E. Colucci – D. Lester D. (eds.): *Suicide and Culture*, Cambridge, Hogrefe, 2013, 59–89.

⁴⁸ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Minorities/Pages/internationallaw.aspx> (Leöltés: 2018. május 28.)

vagy nyelvi tulajdonságaiban különbözik a domináns társadalom tagjaitól. Ha rejtetten is, de szolidaritás jellemző rájuk a saját kultúrájuk, hagyományaik, vallásuk vagy nyelvük megőrzésének érdekében. A széles körben elfogadott definíció kialakítását megnehezíti az a sokszínű, szerteágazó helyzet, amelyben a kisebbségek élnek. Néhány ilyen csoport szeparáltan, a többségi társadalom képviselőitől elkülönülve él, míg mások szétszóródnak egy-egy országon belül. Némely kisebbségi csoportnak erős kollektív identitása és történelme van, mások egy töredéket őriztek meg csupán a közös örökségükből. Szinte valamennyi országban él egy-két ilyen, saját nemzeti, etnikai, nyelvi és vallási identitással jellemezhető csoport, mely különbözik a többségi társadalomtól. Berry⁴⁹ akkulturalizációs elmélete szerint a kisebbségi csoportok négy különböző módon viszonyulhatnak a többségi társadalomhoz. Ezek mindegyike más-más módon hat az egyének mentális egészségére:

1. *Integráció*: a domináns kultúrával való kapcsolat fenntartása, a saját kulturális identitásuk megőrzése.
2. *Asszimiláció*: a domináns kultúrával való kapcsolatok fenntartása, a saját identitás elvesztésével.
3. *Szeparáció*: nincs kapcsolat a domináns kultúrával, de a saját kulturális identitás megőrződik.
4. *Marginalizáció*: nem alakul ki kapcsolat a domináns kultúrával, és a saját kulturális identitás sem marad fenn.

Azok a kutatók, akik az öngyilkossági magatartást kisebbségi csoportoknál vizsgálják, fontosnak tartanak annak további megfigyelését, hogy az akkulturalizáció különböző módjait választó csoportoknál milyen különbségek figyelhetők meg a jellemző pszichopatológiák, illetve az öngyilkossági magatartás tekintetében. Hendin klasszikus kutatásában foglalkozott azzal, hogy a skandináv országokban milyen eltérő motivációk tapasztalhatók az öngyilkossági cselekmények hátterében:⁵⁰ Dániában például nagyon erős függőségi viszony alakul ki a fiatalokban a szülők büntudatkeltő nevelési módszerei miatt. Ennek következményeként a felnőttkori veszteségek vagy a szeparáció gyakran vezet autoagresszív tendenciákhoz. Norvégiában hasonlóan nagymértékű a szülőktől való függőségi hajlam, a kutatások azonban inkább a megemelkedett alkoholfogyasztási rátával találtak összefüggést ezzel a jelenséggel kapcsolatosan. Svédországban a munkában elért teljesítmény értéke igen hasonló a fentebb említett japán viszonyokhoz.

⁴⁹ J. W. Berry: Acculturation and adaptation, *Arctic Medical Research*, 2001, 49, 142–150.

⁵⁰ H. Hendin: *Suicide and Scandinavia*, New York, Grune & Stratton, 1964.

A KISEBBSÉGI IDENTITÁS HATÁSA A LELKI EGÉSZSÉGRE

A kisebbségek, minoritások kialakulása a messzi századokban történt, de mint naponta halljuk-látjuk, a konfliktusok a befogadó társadalommal vagy a kisebbségek között gyakorta fellángolnak. Ez bizonyítja, hogy a beilleszkedés többnyire labilis, a látszólagos béke mögött sokszor konfliktusok húzódnak meg.

Az elmúlt évtizedekben a kisebbségek, minoritások kialakulásának forrása a migráció.

Ha egy egyén lakóhelye, országa megváltozik, az hatással van társas kapcsolataira, szociális hálójára, a szocioökonómiai státuszára és a kultúrájára, mindezek pedig többnyire negatívan hatnak az egyén mentális egészségére. Éppen ezért a mentális betegségek kialakulásának esélye magasabb a bevándorlók körében.⁵¹ Kirmayer és munkatársai kutatásukban megnevezték azokat a mentális egészséget érintő faktorokat, melyekkel egy országát elhagyó személy szembesül a migráció során:

1. Elvándorlást megelőzően:

- gazdasági, tanulmányi és foglalkoztatottsági nehézségek a származási országban,
- a társas támogatás, a szerepek és a háló sérülése,
- traumatikus életesemények,
- politikai bevonódottság.

2. Elvándorlás közben

- maga az út (útvonal, időtartam),
- nehéz életkörülményeknek való kitettség (táborok),
- erőszak,
- családi és közösségi hálózat sérülése,
- bizonytalanság a migráció kimenetelével kapcsolatban.

3. Bevándorás után

- bizonytalanság a bevándorló vagy menekült státusz körül,
- munkanélküliség,
- szociális státusz elvesztése,
- családi és közösségi támogatás elvesztése,
- az otthonmaradt családtagokkal szembeni bizonytalanság,

⁵¹ L. J. Kirmayer – L. Narasiah – M. Munoz – M. Rashid – A. G. Ryder – J. Guzder et al.: Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2011, 183 (12), E959–E967.

- nyelvi nehézségek,
- akkulturalizáció, integráció.

A rasszizmussal és diszkriminációval való szembesülés további rizikótényező mentális betegségek esetében.⁵² Utsey, Stanard és Hook összefoglalja azokat a mentális egészséggel kapcsolatos problémákat, melyeket a rasszizmus és egy társadalmi csoporttal szembeni előítéletek okozhatnak:⁵³

- depresszió,
- ellenségesség,
- étellel való elégedetlenség és csökkent önbizalom,
- trauma, veszteség és reménytelenség,
- kardiovaszkuláris megbetegedések.

Az alacsony szocioökonómiai státusz, az alacsony iskolai végzettség, a szegénység és a munkanélküliség ismert rizikótényezői az öngyilkossági magatartásnak, mely faktorok magas arányban jelenik meg a kisebbségi csoportoknál. A szocioökonómiai depriváció és a kirekesztés növelik a mentális betegségek esélyét, és kapcsolatba hozhatók az öngyilkosságokkal.⁵⁴

AZ ETNIKAI IDENTITÁS MINT RIZIKÓFAKTOR AZ ÖNGYILKOSSÁG HÁTTÉRÉBEN

Az etnikai csoporthoz tartozás rizikófaktornak számít az öngyilkossági magatartás szempontjából. A kisebbségi csoportoknál az alábbi faktorok tekinthetők rizikófaktoroknak az öngyilkosság háttérében:⁵⁵

- szocioökonómiai depriváció,
- meghiúsult próbálkozások,
- rasszizmus,
- akkulturalizáció,

⁵² S. Noh – V. Kaspar – K. A. Wickrama: Overt and subtle racial discrimination and mental health: preliminary findings for Korean immigrants, *Am J Public Health*, 2007, 97, 1269–74.

⁵³ S. O. Utsey – P. Stanard – J. N. Hook: Understanding the role of cultural factors in relation to suicide among african americans, in Leong – Leach (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 57–79.

⁵⁴ K. Wahlbeck: Background document for the EU thematic conference: Preventing of Depression and Suicide: Making it Happen, 2009. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_background_en.pdf (Letöltés: 2018. május 18.)

⁵⁵ K. McKenzie – M. Serfaty – M. Crawford: Suicide in ethnic minority groups, *Br J Psychiatry*, 2003, 183, 100–101.

- kulturális ellentétek a szülőkkel,
- vallási közösség elvesztése,
- identitás kialakításának nehézsége,
- családi és közösségi támogatás elvesztése.

A kanadai Királyi Bizottság által kiadott, őslakosok öngyilkosságára vonatkozó jelentés a következő definíciót fogalmazta meg a *kulturális stressz*re vonatkozóan:

Ez a fogalom, annak a magabiztosságnak az elvesztését jelenti, mely egy adott kultúrán belül az étellel és az életmóddal kapcsolatos megértés módozataira vonatkozott. Akkor következik be, amikor megváltoznak a kapcsolatok, a tudás, a nyelv, a szociális intézmények, a hiedelmek, az értékek és az etikai szabályok, melyek az egyéneket összekötik, és a közösség érzésével ruházzák fel őket. A saját életkörülményeik feletti kontroll elvesztése, a hiedelmek és spiritualitásuk elvesztése, a szociális és politikai intézményeik gyengülése és a velük szembeni diszkrimináció súlyosan sérti a kisebbségben élő személyek önbizalmát, önértékelésüket, kitetté teszi őket az öngyilkosságra, önsértésre és más önkárosító magatartásformákra.⁵⁶

Mindezt természetesen nagyban meghatározza a kisebbségi csoport szocioökonómiai státusza, kultúrája, történelme és a domináló szociális környezet. A kollektivitás gyengülése, a normák hiánya és a reménytelenség – mely egy posztmodern, anómiás társadalmat jellemez – az egész társadalomban növeli a depresszió megjelenésének esélyét, és ehhez adódik még a kisebbségi identitással járó hátrányos helyzet. A felsoroltak együttes hatása tovább növeli az öngyilkosság bekövetkezésének valószínűségét.

De Hert és munkatársai megállapították, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevő kisebbségi csoportok tagjai nagyobb rizikónak vannak kitéve a nagyobb arányban előforduló mentális betegségek, a gyakrabban kezeletlen pszichiátriai problémák, az alacsonyabb mértékű együttműködés vagy az egészségügyi ellátással való elégedetlenség miatt.⁵⁷ Egy másik felmérés szerint a fehér, brit és ír válaszadók kétszer nagyobb valószínűséggel kaptak orvosi segítséget az öngyilkossági kísérlet után, mint más etnikai csoportok.⁵⁸ Mindezek szintén fontos rizikófaktorai az öngyilkosságnak mentális betegek esetében.

⁵⁶ Royal Commission on Aboriginal Peoples in Canada: A special report on suicide 1995.

⁵⁷ De Hert – K. McKenzie – J. Peuskens: Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study, *Schizophrenia Research*, 2001, 47, 127–134.

⁵⁸ M. J. Crawford – U. Nur. – K. McKenzie – P. Tyrer: Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: results of a national household survey, *Psychological*

Korábbi vizsgálatok azt találták, hogy *magasabb az öngyilkossági ráta* azokon a területeken, ahol a kisebbségi csoportok *alacsonyabb koncentrációban* jelennek meg. Ennek hátterében kétféle magyarázatot fogalmaztak meg: a hasonló szociális háttérrel rendelkező személyektől jövő támogatás relatív hiánya, illetve az ellenségesebb szociális környezete.⁵⁹ Egy svéd tanulmányban az első generációs migránsok körében magasabb öngyilkossági rátát találtak a származási országuk populációjához képest, mely eltérés megmaradt a már Svédországban született gyermekeik körében is. A kulturális faktorokon túl meghatározó a többségi társadalom öngyilkossággal, valamint az etnikai csoporttal szembeni attitűdje.⁶⁰

Bizonyos megközelítések szerint a kisebbségi csoport idővel átveszi a befogadó ország öngyilkossági rátáját, mégis vannak olyan csoportok, melyek hosszú távon eltérnek tőle. Például az afroamerikaiak körében alacsonyabb, míg az ausztrál és amerikai bennszülöttek körében perzisztensen magasabb az öngyilkossági ráta a többségi társadalomhoz viszonyítva.

Ezzel cseng össze az a megfigyelés, miszerint egy másik országban élő bevándorlók magukkal viszik a származási országuk öngyilkossági rátáját, beleértve a korra, nemre és választott módszerre vonatkozó incidenciát is.⁶¹ Egy Birmingham belvárosában végzett vizsgálatban mind a négy vizsgált emigráncsoportban (ázsiai, nyugat-indiai, ír és skót) jelentősen magasabb volt az önmérgezések aránya, mint a bennszülött angolok között.⁶²

AZ ELTÉRŐ KULTÚRÁK ÉS ÉRTÉKRENDEK TALÁLKOZÁSA KAPCSÁN FELMERÜLŐ KIHÍVÁSOK A BEFOGADÓ ORSZÁGOK ÉS A MIGRÁNSOK SZEMSZÖGÉBŐL

A migráció abszolút értéke összességében folyamatosan növekszik 2010 óta. 2000 és 2010 között Európában, Észak-Amerikában és Óceániában elérte az évi 3.1 millió főt a bevándorlók száma. 2010 és 2015 között csökkenést mutatott a

Medicine, 2005, 35 (9), 1369–1377.

⁵⁹ J. Neelman – C. Wilson-Jones – S. Wessely: Ethnic density and deliberate self harm: a small area study in south east London, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55, 85–90.

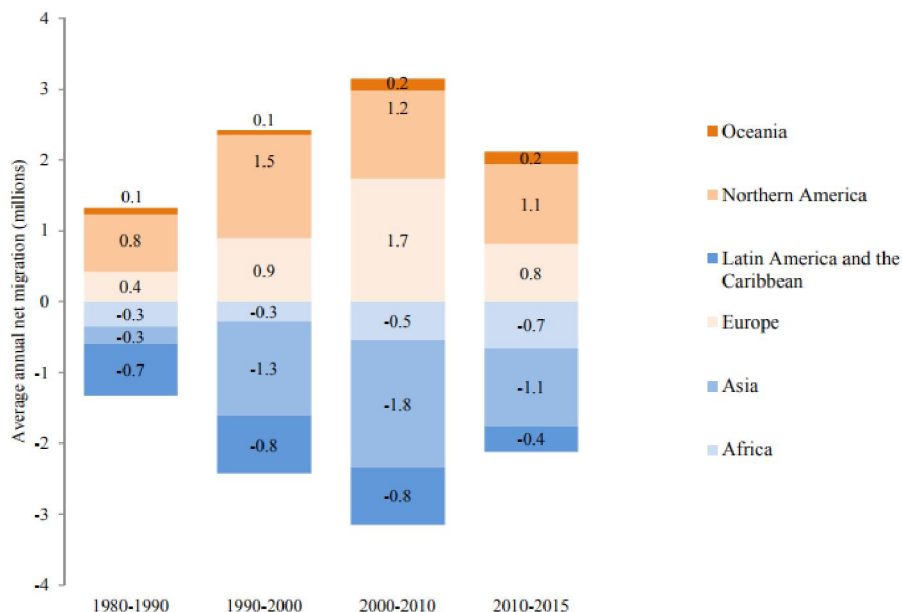
⁶⁰ A. Hjern: Suicide in first and second generation immigrants in Sweden: a comparative study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, 423–429.

⁶¹ D. Lester: Migration and suicide, *Medical Journal of Australia*, 1972, 1, 941–942; E. Kliever: Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States, *Journal of the Australian Population Association*, 1991, 8 (2), 111; E. Kliever: Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States, *Journal of the Australian Population Association*, 1991, 8 (2), 111.

⁶² J. Merrill J. – P. Owens P: Self-poisoning among four immigrant groups, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 77, 77–80.

tendencia, főként Európában, ezzel párhuzamosan a származási országokból csökkent a kiáramlás. Az alábbi ábra az egyes kontinensekre bontva mutatja be a migráció tendenciáit 1980 és 2015 között.

1. ábra. A migráció éves átlagos értéke régióként (millió fő) 1980 és 2015 között⁶³



Európába 1985 óta tartósan több bevándorló érkezik, mint amennyien kivándorolnak. Míg az 1990-es évek elejéig a népesség növekedését elsősorban a természetes szaporodás határozta meg, 1992 óta a tényleges szaporodást nagyobb részben a bevándorlás befolyásolja. Ennek tetőzése, hogy 2015-ben a népesség növekedése teljes mértékben a bevándorlási többletnek volt köszönhető. 2016. január 1-jén Európa 28 tagállamának 510 millió lakosából 35,1 millió fő (az össznépesség 6,9%-a) született az Unió területén kívül, és ebből 20,8 millióan (59%-uk) voltak EU-n kívüli ország állampolgárai.⁶⁴

⁶³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division – World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables, Working Paper No. ESA/P/WP/248, 2017.

⁶⁴ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics (Letöltés: 2018. május 28.)

A nemzetközi vándorlás egyik fontos következménye, hogy a globális mobilitási mezőben a kibocsátó és a befogadó közösségek, kultúrák találkoznak. A befogadó társadalomban a bevándorlók kisebbségi csoportként értelmezhetők, mivel saját közös kulturális identitásuk különbözik a többségi társadalométól.⁶⁵ Általában egy olyan másik nemzetrésszel identifikálódnak, amely valószínűsíthetően eltér a befogadó közeg kultúrájától. A multikulturális társadalmakban különböző kultúrákhoz tartozó csoportok élnek együtt, és ezek meg kívánják őrizni saját kultúrájukat. A különböző csoportok meghatározott viselkedési szabályokat követnek, szokásaik eltérhetnek a kognitív és normatív elemek, a hétköznapi beszéd, a mindennapi gondolkodás vagy a vallásgyakorlat terén. Az ilyen kulturális pluralizmusban, amelyben eltérő szükségletek élnek egymás mellett, az alkalmazkodás ideális esetben alapvető lenne.

A kultúrák fontos elemei a normák és értékek, amelyeket a csoporthoz identifikált tagok követnek. Egy társadalomban nagyon sok norma érvényesül egymás mellett, jogi, erkölcsi, vallási stb., és ha számításba vesszük a kulturális pluralizmust, akkor láthatóvá válik, hogy ezek a normák esetenként összeütközésben, ellentmondásban is állhatnak egymással (pl. egy hindu vallású egyén számára a tehén levágása más jelentéstartalommal bír). Az értékek kulturális alapelvek, amelyek társadalmanként, de akár korszakonként is változhatnak. Az egyének a szocializáció folyamán sajátítják el és internalizálják a kultúrájukhoz tartozó normákat, értékeket, ismereteket és viselkedési szabályokat.⁶⁶ Mindez különböző szocializációs csatornákon keresztül történik: a család-rokonság, az iskola, a kortársak, a fontos mások-barátok csoportjai, a szociális csoportok, a munkahely, a média. A szocializáció folyamata folyamatos, hiszen az egyén folyamatosan más-más szociális közösségekhez tartozik, amely alakítja a személyiségét és a viselkedését.

A bevándorlók számára a beilleszkedés időbe telik. A más kultúrába és normarendszerbe érkezők először egyfajta anómikus állapotot tapasztalnak (normákban való egyetértés hiánya), amelyben több norma keveredik, a saját hozott kultúráé a befogadó kultúra elemeivel.⁶⁷ A plurális normák és értékek mezőjében mindaddig, amíg ki nem alakul a kulturális alkalmazkodás, bizonytalanság tapasztalható.

A másod-, vagy harmadgenerációs migránsoknál szintén árnyalt a kép, hiszen a másodgenerációsok sokszor még a kibocsátó országban születnek és szocializálódnak, a többgenerációs migránsoknál viszont többnyire már nincs közvetlen kapcsolat a kibocsátó országgal.

⁶⁵ Andorka Rudolf: *Bevezetés a szociológiába*, Budapest, Osiris, 1997.

⁶⁶ Somlai Péter: *Szocializáció*, Budapest, Corvina, 1997.

⁶⁷ Andorka: *Bevezetés a szociológiába*.

Mint jeleztük, csaknem minden országban élnek kisebbségi csoportok, etnikumok, de indokolt szólni egyes, bevándorlók nagyobb tömegét befogadó országok etnikai helyzetéről.

AZ USA-BAN ÉLŐ KISEBBSÉGEK ÖNGYILKOSSÁGI RÁTÁJA

Az Amerikai Egyesült Államokban számos kultúra képviselői élnek együtt, multikulturális közösségben: afroamerikaiak, latin- (hispán)amerikaiak, ázsiaiak, de számos európai ország polgárai is részesei a sokszínű társadalomnak.

Az öngyilkossági magatartás tekintetében elmondható, hogy a *fehér bőrű amerikaiak öngyilkossági rátája duplája az afroamerikaiakénak. A bennszülfött amerikaiak kétszeres rátával rendelkeznek a fehér bőrű lakossághoz képest. A kelet-ázsiai születésű, 65 év feletti nők öngyilkossági rátája a legmagasabb valamennyi más csoporthoz viszonyítva. A latin-amerikaiak fele akkora eséllyel követnek el öngyilkosságot, mint a fehér bőrű társadalom tagjai, de a hispán fiatalok körében az öngyilkossági gondolatok és kísérletek szignifikánsan magasabbak, mint a fehér társaiknál. A 10 és 14 év közötti afroamerikaiak öngyilkossági rátája 1980 és 1995 között kétszer annyival nőtt, mint a megfelelő fehér bőrű fiataloké.*⁶⁸

AZ AFROAMERIKAIK ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁSA

Mint jeleztük, az összes amerikai kisebbségi csoport közül az afrikai származásúak körében a legalacsonyabb az öngyilkossági ráta, a fehér bőrű amerikaiak rátája közel duplája a fekete bőrű lakosságénak. Számos elmélet született ennek a jelenségnek a magyarázatára. A tény, hogy a gyilkosságok száma viszont jóval meghaladja a fehérbőrű lakosság statisztikáit, arra enged következtetni, hogy a történelmileg ismert rasszizmus – melynek a feketék elszenvedői voltak – nem önsértő autoagressziót szült, hanem heteroagresszív erőszak formájában mutatkozik meg. A körükben végzett kutatások az alábbi, specifikus rizikófaktorokat azonosították:

- pszichológiai distressz (depresszió, reménytelenség, trauma, pszichotikus zavarok),
- szerhasználat,
- fegyverhez való hozzáférés,

⁶⁸ McKenzie et al.: Suicide in ethnic minority groups.

- szociális izoláció,
- családi diszfunkciók,
- interperszonális nehézségek, konfliktusok,
- maladaptív coping stratégiák,
- korábbi öngyilkossági kísérlet,
- egyenlőtlen bánásmód, rasszizmus,
- genetikailag alacsonyabb szerotonin szint.

A mentálhigiénés ellátást nem veszik igénybe megfelelő mértékben, jellemző az egészségügyi személyzettel szembeni bizalmatlanság, a biztosítás hiányosságai és a mentális betegségekkel kapcsolatos nagymértékű stigma. Mindezek növelhetik az öngyilkosság rizikóját. Körükben kifejezetten elutasított a szuicidium, negatív attitűddel viszonyulnak hozzá, éppen ezért az öngyilkossági gondolatok verbalizálása sem jellemző, mely a többségi társadalomban jól ismert jelenség. Másik fontos tény, hogy a *magasabb iskolai végzettségű* és jobb anyagi helyzetű feketék között a legnagyobb az öngyilkossági rizikó. (Ez feltehetően az asszimiláció jele, a befogadó társadalom értékrendjének beépülése, normák szocializációja, amelyet például a hazai cigányság körében is észlelték a pécsi kutatók. – Ostváth Károly közlése). A nagyszámú rizikófaktor ellenére fontos kérdés, hogy mégis minek köszönhető az alacsony öngyilkossági ráta ebben az etnikai csoportban. Több vizsgálat foglalkozott a kérdéskörrel és egyöntetűen az afroamerikai kultúrában találták meg az öngyilkossággal szembeni protektív tényezőket:

- erős vallási hitrendszer, spiritualitás,
- pozitív etnikai csoportidentitás, etnikai „büszkeség”,
- a közösségi társas szemlélet: erős családi és rokoni kötelékek, közösségi értékrend,
- rugalmas gondolkodásmód,
- érzelmi kifejező- és ellenállóképesség,
- jelenre való irányultság.

Az afroamerikaiak prevenciós programjában tehát ezeket a faktorokat érdemes figyelembe venni, a közösségi életet és a családokat támogatni. Ezek a vizsgálatok tanulsággal szolgálhatnak más etnikai csoportok öngyilkossági védőtényezőinek feltérképezésénél is.⁶⁹

⁶⁹ Utsey et al.: Understanding the role of cultural factors in relation to suicide among african americans, 57–79.

AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁGBAN ÉLŐ KISEBBSÉGEK ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁSA

Anglia kulturálisan diverz ország, ahol számos etnikai csoport él együtt. A legnagyobb kisebbség a dél-ázsiai (indiai, pakisztáni, bangladesi) 5.5%, mely közel 3 millió egyént jelent, őket a fekete bőrű lakosság követi (afrikai, karibi) 3.4%-kal.⁷⁰ (Nem véletlen, hogy a témánkba vágó irodalom nagy része is az Egyesült Királyságból származik).

ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK

A Szándékos Önsértés Multicentrikus kutatás⁷¹ egy prospektív kohort vizsgálat volt, mely 2004-től négy éven keresztül mérte fel a szándékos önsértéseket három angol központban. Ez a vizsgálat a dél-ázsiai nők körében magasabb arányú önsértést talált a fehérekhez képest. Nagyobb arányban jelöltek meg családi problémákat kísérletük hátterében, mint a fehér nők. A fiatal (16 és 34 év közötti) fekete nők körében minden más csoportnál magasabb arányú volt a szándékos önsértés. Viszont az idősebb (35 és 64 év közötti) korosztályban a többségi társadalom képviselői mutattak magasabb arányokat. Fontos megfigyelés, hogy mind az ázsiai, mind az afrikai származásúak kisebb arányban ismételték meg tettüket, mint a fehérek. A kisebbségi csoportok közül az afrikai születésűek voltak legnagyobb eséllyel többszörös kísérletezők, főleg mentális betegség esetén.⁷² A szuicid kísérletek ismétlésének *rizikófaktorai* között a következőket találták az angliai kisebbségek körében:

- egyedülálló családi állapot,
- alkoholproblémák,
- egy éven belüli szándékos önsértés,
- pszichiátriai kezelés az első kísérlet időpontjában,
- az elkövetés eszköze vágás, vagy szúrás, mentális betegségek.

A *lifetime* öngyilkossági ideációk (gondolatok) és kísérletek előfordulási gyakoriságát vizsgálták az Egyesült Királyságbeli fehérek (brit, ír), fekete-karibi,

⁷⁰ M. Haigh – N. Kapur – J. Cooper: Suicidal behaviour among ethnic minorities in England, in D. D. van Bergen – A. Heredia-Montesinos – M. Schouler-Ocak (eds.): *Suicidal behaviour of immigrants and ethnic minorities in Europe*, Göttingen, Hogrefe, 2015.

⁷¹ <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/mcm/> (Letöltés: 2018. május 28.)

⁷² C. Cooper – N. Spiers – G. Livingston – R. Jenkins – H. Meltzer – T. Brugha – S. McManus – S. Weich – P. Bebbington: Ethnic inequalities in the use of health services for common mental disorders in England, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013, 48, 685–692.

bangladesi, indiai és pakisztáni egyének reprezentatív mintáinak kísérletét követően, privát háztartásban élő 4281 felnőtt (16–74 évesek) körében. Az öngyilkossági ideációk az etnikai kisebbségi csoportokban általában alacsonyabbak voltak, ezen belül magasabbak a már az Egyesült Királyságban születetteknél, mint azok körében, akik felnőttként migráltak Angliába. (Az ott születettek eredményesebben asszimiláltak: mélyebben inkorporálták, szocializálták a befogadó társadalom morális, viselkedési, értékrendszerét,⁷³ hasonlóan a már fentebb említett magyarországi cigányság körében tapasztaltakkal. Ahmed és munkatársai eredményei szerint a dél-ázsiai nők önsértési aránya az Egyesült Királyságban sokkal magasabb, mint a fehér nőké. A szakirodalom áttekintése során azonosította a dél-ázsiai nők önkárosításával kapcsolatos kulturális tényezőket, melyek: az akkulturáció szintje, a kulturális konfliktusok, a megbélyegzés és az interperszonális kapcsolatok mint fontos tényezők a fennálló szorongások hátterében.⁷⁴

BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁGOK

Angliában a halotti bizonyítványon nem jelölik az etnikumot, csak a születési helyet, ez pedig megnehezíti az elemzéseket, mivel az Angliában élő kisebbségek fele már ott született. Hunt és munkatársai vizsgálata szerint a kisebbséghez tartozó, öngyilkosságban meghaltak nagyobb arányban voltak munkanélküliek, gyakran szerepelt erőszak az anamnézisükben, és nem működtek együtt a kezeléssel, ellentétben a többségi társadalomhoz tartozó szuicid páciensekkel.⁷⁵ 8029 öngyilkossági cselekmény vizsgálatakor magasabb öngyilkossági gyakoriságot találtak a fekete bőrű karibi és afrikai férfiaknál, valamint a karibi, afrikai és dél-ázsiai fiatal nőknél (25–39 évesek), mint a fehér lakosságban.⁷⁶

Egy másik vizsgálat szerint az Angliában élő bangladesi, Srí Lanka-i és pakisztáni születésű férfiak öngyilkossági rátája alacsonyabb, míg az indiai és

⁷³ Crawford et al.: Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: results of a national household survey, 1370.

⁷⁴ K. Ahmed – R. A. Mohan – D. Bhugra: Self-harm in South Asian women: a literature review informed approach to assessment and formulation, *American journal of psychotherapy*, 2007, 61 (1), 71.

⁷⁵ I. M. Hunt – J. Robinson – H. Bickley – J. Meehan – R. Parsons – K. McCann – S. Flynn et al.: Suicides in ethnic minorities within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey, *British Journal of Psychology*, 2003, 183, 155–160.

⁷⁶ K. Bhui – K. McKenzie: Rates and risk factors by ethnic group for suicides within a year of contact with mental health services in England and Wales, *Psychiatric Services*, 2008, 59, 414–420.

kelet-afrikai születésűeké emelkedett mind a férfiaknál, mind a nőknél: körükben a 15–25 éves korosztályban 2–3-szor magasabb rátát találtak. A pakisztáni és bangladesi nők között is alacsony volt az öngyilkossági ráta, de a fiatalabb korosztályban szintén emelkedett. A karibi születésűek között alacsonyabb volt a gyakoriság, de a 25–34 éves korosztályban emelkedett.⁷⁷

Neelman, Mak és Wesseley⁷⁸ 3 éves vizsgálatuk során a nem természetes halált halt eseteket vizsgálták Londonban. Ez idő alatt 329 öngyilkosságot találtak, melyet etnikai hovatartozás szempontjából is tanulmányozni tudtak. A fekete bőrű karibiak relatíve alacsony, a fiatal indiai nők viszont magas öngyilkossági rátát mutattak. A fiatal fehér férfiak rátája magasabb volt, mint az idősebbeké. A skót és ír születésű londoniak 2,1–2,9-szer magasabb rátával rendelkeztek, mint a bennszülött londoniak.

ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁS A KISEBBSÉGHEZ TARTOZÓ FIATAL NŐK KÖRÉBEN

Korábbi kutatások emelkedett öngyilkossági rátát találtak bizonyos etnikai csoportokban, különösen a 25 év alatti nők között *Európában és az Egyesült Államokban*.

Az USA-ban a Puerto Ricó-i nők rátája volt magasabb, Hollandiában pedig a török, marokkói és a dél-ázsiai szurinámiai nők öngyilkossági rátája 2–4-szer volt magasabb, mint a holland nőké.⁷⁹ Hasonló arányokat találtak a *Svájcban és Németországban* élő török származású nők között, valamint az Angliában élő dél-ázsiai fiatal nők körében.⁸⁰ Van Bergen és Saharso 2016-ban⁸¹ interjúval vizsgált holland, marokkói, török és szurinámiai nőket, öngyilkossági *kísérlettel*

⁷⁷ V. S. Raleigh: Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales, *Ethnicity & health*, 1996, 1 (1), 55–63.

⁷⁸ J. Neelman – V. Mak – S. Wessely: Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth. A three-year survey in inner London, *Br J Psychiatry*, 1997, 171, 463–467.

⁷⁹ E. Baca-García – M. M. Perez-Rodríguez – K. M. Keyes – M. A. Oquendo – D. S. Hasin – B. F. Grant – C. Blanco: Suicidal ideation and suicide attempts among Hispanic subgroups in the United States: 1991–1992 and 2001–2002, *Journal of psychiatric research*, 2011, 45 (4), 512–518; I. Burger – B. Salverda – M. Ferber et al.: Suicidal behavior in four ethnic groups in the Hague, the Netherlands 1987–2010: Epidemiology, prevention and aftercare, in D. D. van Bergen – A. Heredia-Montesinos – M. Schouler-Ocak (eds.): *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*, 145–173.

⁸⁰ M. C. Aichberger.: Rates of suicidal behavior in immigrants in Europe, in D. D. van Bergen – A. Heredia-Montesinos – M. Schouler-Ocak (eds.): *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*, 13–25.

⁸¹ D. D. van Bergen – S. Saharso: Suicidality of young ethnic minority women with an immigrant background: The role of autonomy, *European Journal of Women's Studies*, 2016, 23 (3), 297–311.

az anamnézisükben. Az elemzés során a kisebbségi nők körében a személyes autonómiájuk és szelf-integritásuk sérülése volt összefüggésbe hozható az öngyilkossági magatartásukkal. A válaszadók jellemzően a szexualitást, tanulmányokat, házasságot és a döntési szabadságot érintő korlátozottságot emelték ki öngyilkosságuk hátterében, ami a saját életük feletti kontroll elvesztését és a dehumanizációt jelentette, az pedig a csapdába esettség érzésének felel meg, amely az öngyilkosság egyik kiváltó faktora.

A ROMA NÉPESSÉG ÖNGYILKOS MAGATARTÁSA EURÓPÁBAN

A romák (szebb magyar szóval: cigányok, ők maguk is szívesebben használják ezt), több mint 1000 éve jelentek meg Európában. Magas születési rátájuk következtében az évszázadok során számuk intenzíven emelkedett, egyes kelet-európai országokban (Bulgária, Románia, Magyarország, Csehország) jelentős nagyságú etnikumot hoztak létre. Nyugat-Európában számuk elenyésző a többségi társadalom számarányához képest, és a befogadó országok erős gazdasági jobb életminőséget biztosítanak számukra, mint a szerényebb lehetőségű kelet-közép-európai országok jóval nagyobb számú cigány népességüknek. Az utóbbi évtizedben fokozottabb figyelem irányul rájuk a többségi népességnél magasabb morbiditási és mortalitási gyakoriságuk miatt, de pszichés, viselkedési sajátosságaikról alig olvashatunk a szakirodalomban. Ez komoly hiányosság, mivel asszimilációjuk, de legalábbis beilleszkedésük égetően szükséges lenne, főként a kelet-közép-európai országokban. Egyedül az Egyesült Királyságban folynak intenzív kutatások a roma népesség viselkedésével, mentális állapotával kapcsolatban, szomatikus állapotuk vizsgálata mellett.

Az 1990-es években Bulgáriában az etnikai/vallási halálozási különbségeket vizsgálták. A romák halandósága sokkal magasabb volt az összes többi etnikai/vallási csoportéhoz képest. A többlet a vizsgált halálokok szinte minden fajtájára vonatkozik, és nem magyarázható meg teljes mértékben a romák kedvezőtlen társadalmi és gazdasági helyzetével. A fiatal férfiak esetében a *muszlimán halandóság lényegesen alacsonyabb*, mint a nem muszlimoké, ennek hátterében az alacsonyabb alkoholfogyasztás áll. Az *öngyilkossági halálozás* is alacsonyabb a muszlimoknál, mint az azonos nemzetiségű keresztény csoportok körében.⁸²

Egy spanyol tanulmány szerint a cigány népesség Spanyolországban a legfontosabb etnikai kisebbség (a lakosság több mint 2%-a). Bár jelenlétük több

⁸² M. C. Aichberger – A. H. Montesinos – Z. Bromand – R. Yesil – S. Temur-Erman – M. A. Rapp et al.: Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin, *European psychiatry*, 2015, 30 (4), 480–485.

mint 600 évvel ezelőtt következett be, kultúrájuk és egészségügyi szükségleteik nagymértékben különböznek a bennszülött spanyol lakosságtól. A növekvő migrációs folyamat, amely az országban az elmúlt években végbement, egyre nagyobb aggodalomra ad okot a cigányok egészségügyi szükségleteire nézve.⁸³

Egy 102 roma személyt vizsgáló felmérés Dél-Svédországban is csak beilleszkedésüket és egészségügyi állapotukat tanulmányozta. Megállapította, hogy az azonos iskolai végzettségű romák eredményei mindkét mutatóban alacsonyabbak, mint a svédokéi.⁸⁴

AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁGBAN ÉLŐ ROMÁK ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁSA

Hajioff és McKee áttekintő tanulmányukban a romák körében megemelkedett öngyilkossági rátát írtak le, mely magas depressziós és szorongásos tünetekkel párosul.⁸⁵ A depresszió relatív rizikója 20-szoros, míg a szorongásé 8,5-szer magasabb a többségi társadalomhoz képest. Az Írországbán született, Angliában élő roma lakosság öngyilkossági rátája a legmagasabb, minden más etnikai csoporthoz képest, ami jól magyarázható a velük szemben megnyilvánuló nagymértékű diszkriminációval és rasszizmussal. Angol nyelven *traveller* szóval jelölik azt a kisebbségi csoportot, amely karavánokban él az út szélén és folyamatosan vándorol az országban, tagjainak eredete kérdéses, de a legtöbben Írországbán született romák.

A fentiek miatt a 2002-ben megfogalmazott angol szuicid megelőző stratégia külön foglalkozott a magas rizikójú csoportokkal, melyek között az etnikai kisebbségek is szerepeltek.

Cemlyn és munkatársai az Angliában élő romák körében emelkedett öngyilkossági rizikó hátterében az alábbi rizikótényezőket találták:⁸⁶

- magas arányú szorongás, depresszió és gyakori szerhasználat,
- alacsony önbizalom, identitáskrizis,

⁸³ J. Garcia-Campayo – M. Alda: Illness behavior and cultural characteristics of the gypsy population in Spain, *Actas Espanoles de Psiquiatria*, 2007, 35 (1), 59–66.

⁸⁴ S. Hassler – L. Eklund: Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden – a pilot study, *International Journal of Circumpolar Health*, 2012, 4, 71 (0), 1–6.

⁸⁵ S. Hajioff – M. McKee: The health of the Roma people: a review of the published literature, *Journal of epidemiology & community health*, 2000, 54 (11), 864–869.

⁸⁶ S. Cemlyn – M. Greenfields – S. Burnett – Z. Matthews – C. Whitwell: Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review, Equality and Human Rights Commission, 2009, https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research_report_12inequalities_experienced_by_gypsy_and_traveller_communities_a_review.pdf (Letöltés: 2018. május 30.)

- gyakori házastársi problémák, válás,
- alacsony képzettség és szaktudás,
- magas munkanélküliségi ráta és szegénység,
- magas kilakoltatási ráta,
- velük szembeni ellenséges attitűd és kirekesztés.

A MAGYARORSZÁGI ROMA KISEBBSÉG ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁSA

Európa legnagyobb etnikai csoportját a romák alkotják,⁸⁷ a cigány kisebbség aránya Magyarországon is a legnagyobb, a teljes népességen belül 6-7%, amely arányszám egyes megyékben ennél is magasabb.⁸⁸ A többségi, nem roma társadalomhoz képest a romák eltérő életmóddal és viselkedési mintával rendelkeznek.⁸⁹ Kisebb, összetartó közösségekben élnek, és nagyobb egymással szembeni szolidaritást mutatnak, mint a nem romák.

A szakirodalomban egyedül Magyarországról találunk átfogó epidemiológiai vizsgálatot a romák öngyilkos viselkedésével kapcsolatban, melynek során *a befejezett cselekményeket* (207) is mód volt vizsgálni az 577 *kísérletet tévő* mellett. Az 1970 és 1980 között végzett vizsgálat három nógrád-megyei járás összes befejezett öngyilkosságának és öngyilkossági kísérleteinek adataira terjedt ki. Az eseteket roma és nem roma bontásban is sikerült vizsgálni, a legfontosabb eredmények a következők voltak:

– A vizsgált népességben a romák közel 2,5-ször *magasabb öngyilkossági kísérleti* rátát mutattak, mint a nem-romák. A kísérletezőknél a nő/férfi arány a nem romák körében 2:1-nek bizonyult, a roma kísérletezőknél 3,3:1, a roma nők tehát jóval nagyobb hajlandóságot mutatnak konfliktusaik esetén az önsértő kísérletekre, főként a 16–20 éves korcsoportban.

– A kísérletezők 11,2 éves utánvizsgálata során megállapítható volt, hogy a cigány népességben a már egyszer kísérletet tévők veszélyeztetettsége egy későbbi befejezett tetre nézve lényegesen alacsonyabb a nem-cigány kísérletezőknél (1% vs. 3,35%).

⁸⁷ K. Kósa – R. Ádány: Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority, *Epidemiology*, 2007, 18 (3), 290–299.

⁸⁸ *Demográfiai Portré 2009*, Budapest, KSH – Népeségstudományi Kutatóintézet, 2009.

⁸⁹ T. Zonda – D. Lester: Suicide among Hungarian Gypsies, *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 82 (5), 381–382.

– A három járás öngyilkosságait vizsgáló felmérés azt találta, hogy a romák között a *befejezett cselekmények* lényegesen alacsonyabbak ($7,14/10^5$) a nem romákhoz képest ($22,55/10^5$).⁹⁰

Egy reprezentatív, egész országra kiterjedő epidemiológiai felmérés (Hungarostudy) keretében végzett kutatásban magasabb arányú öngyilkossági kísérletezésre utalnak Gyukits és munkatársai eredményei,⁹¹ ők 15–24 éves nők körében vizsgálták az öngyilkossági gondolatok élettartam-prevalenciáját. Nem találtak etnikai eltérést az öngyilkossági gondolatokban (26,2% és 26,1%), de szignifikánsan több roma nő számolt be korábbi szuicid kísérletről, mint nem roma (12,1% és 5,6%, $OR=2,3$).

Egy másik vizsgálatban háromszor magasabb szuicid kísérleti rátát találtak roma kórházi páciensek anamnézisében, mint nem romáknál.⁹² Az öngyilkossági kísérlet rizikófaktor a befejezett öngyilkosságnak, már egyetlen korábbi próbálkozás is 50-100-szorosra növeli a letális szuicidium esélyét.⁹³ A befejezett öngyilkosságok aránya a kísérletekhez képest 1:10–15 között mozog, de a statisztikák nem megbízhatóak ezzel kapcsolatban.⁹⁴ Az öngyilkosságban meghaltak 2/3-ának szerepel korábbi kísérlet az anamnézisében.⁹⁵ A sokszoros kísérletezés hátterében a mentális betegségeket találták szignifikáns rizikótényezőnek.⁹⁶

A romák körében végzett korábbi kutatások azonban a magas kísérletezési arány mellett – paradox módon – alacsonyabb befejezett öngyilkossági rátát igazoltak. 1978-ban a romák körében 26,2 volt a szuicid ráta, szemben az átlagpopuláció 43,1-es arányával,⁹⁷ amely különbséget alátámasztotta Zonda és Lester

⁹⁰ Zonda T.: A cigányok öngyilkossági cselekményeiről, *Psychiatria Hungarica*, 1989, 4 (1), 31–38; D. Lester: Suicide among the Roma people and Irish Travelers, in D. D. van Bergen – A. Heredia-Montesinos – M. Schouler-Ocak (eds.): *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*, 101–111.

⁹¹ Gyukits Gy. – Ürmös A. – Csoboth C. – Purebl Gy: A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében, *Lege Artis Medicine*, 2000, 10 (11–12), 911–915.

⁹² Moretti M. – Kurimay T. – Molnár Z. – Szerdahelyi F: Az asszimiláció ára, *Psychiatria Hungarica*, 1997, 12 (1), 5–18.

⁹³ Rihmer Z. – Fekete S.: Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok, in Kalmár S. – Németh A. – Rihmer Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*, Medicina, Budapest, 2012, 91–112.

⁹⁴ J. Lonnqvist: Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters, in D. Wasserman – C. Wasserman (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global perspective*, Oxford, Oxford University Press, 2009, 275–286.

⁹⁵ Z. Rihmer: Suicide risk in mood disorders, *Curr Opin Psychiatry*, 2007, 20 (1), 17–22.

⁹⁶ Osváth P. – Kelemen G. – Erdős MB. – Vörös V. – Fekete S.: The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, *Crisis*, 2003, 24 (4), 151–154.

⁹⁷ Bodnár L.: Vezető halálokok cigányoknál, *Népegészségügy*, 1984, 65, 379–383.

fentebb részletezett kutatása. Az öngyilkossággal kapcsolatos eltérő kulturális jelentőségre hívja fel a figyelmet az a tény is, hogy a kísérletezők között a nem-romák 12%-a, a romák csupán 4%-a számolt be kifejezett halálvágyról.⁹⁸

A ROMÁK LELKI EGÉSZSÉGÉNEK VIZSGÁLATA MAGYARORSZÁGON

A roma populáció kulturális különbözőségét, egyediségét számos kutatás eredménye mutatja. A többségi társadalommal szemben több egészséggel kapcsolatos tényezőben láthatunk számukra hátrányos különbségeket: kimutattak életmódjukkal, egészségmagatartásukkal, fizikai egészségükkel, mortalitásukkal, morbiditásukkal, alkoholfogyasztásukkal és dohányzási szokásaikkal kapcsolatos kedvezőtlen eltéréseket.⁹⁹ A markáns különbségek ellenére nagyon kevés vizsgálat foglalkozott a háttérükben álló pszichológiai tényezőkkel.¹⁰⁰

Egy magyar vizsgálatban a romák szociális és egészségügyi állapotát vizsgálták két megyében. Komoly lelki egészségproblémákat tártak fel a minta 20%-ánál, melyek közül legjellemzőbb a reménytelenség, a kontrollérzés hiánya a saját sorsuk felett és a saját problémáik megoldásának képtelensége voltak.¹⁰¹ 1993 és 1994 között egy magyar megyei kórház osztályára került roma páciensek között magasabb arányban találtak disztímiát (22% vs. 12%) és konverziós zavart (22% vs. 7%), mint a nem romák körében.¹⁰² Egy másik vizsgálatban a Beck Depresszió Kérdőív segítségével mérték a depresszió mértékét roma és nem roma páciensek körében. Az eredmények szerint a közép súlyos depresszió kétszer, a súlyos depresszió pedig 4,5-szer gyakoribb volt a 15–24 éves roma nők és a 40–49 éves férfi roma páciensek körében.¹⁰³ *A romák körében tapasztalható magas lelki és testi rizikó ellenére mind hazánkban, mind más országban kevés kutatás foglalkozik velük, különösen kevés az öngyilkossági magatartásukról szóló tanulmány.*

⁹⁸ Zonda – Lester: Suicide among Hungarian Gypsies.

⁹⁹ Gyukits Gy.: A szociális tényezők hatása a 40–49 éves korcsoportba tartozó romák egészségi állapotára, in Kopp M. (szerk.): *Magyar Lelkiállapot 2008*, Budapest, Semmelweis, 2008, 460–468; Puporka L. – Zádori Z.: *A magyarországi romák egészségi állapota*, Budapest, Roma Sajtóközpont, 1998.

¹⁰⁰ Kósa K. – Lénárt B. – Ádány R.: A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota, *Orvosi Hetilap*, 2002, 143 (43), 2419–2426.

¹⁰¹ Fónai M. – Fábián G. – Filepné N. – Pénzes M.: Poverty, health and ethnicity: The empirical experiences of researches in Northeast-Hungary, *Review of Sociology*, 2008, 14 (2), 63–91.

¹⁰² Moretti M. és mtsai: Az asszimiláció ára.

¹⁰³ Gyukits.: A szociális tényezők hatása a 40–49 éves korcsoportba tartozó romák egészségi állapotára.

A korábbi kutatási eredmények alapján Tóth és munkatársai¹⁰⁴ kvalitatív felmérést készítettek magyarországi romák öngyilkossági magatartásával kapcsolatban. 150 öngyilkossági kísérletezővel vettek fel félig strukturált interjút közvetlenül szándékos önmérgezésük után. A vizsgált mintában 60 fő roma kísérletező szerepelt, így lehetőség nyílt a potenciális demográfiai, szocioökonómiai, és pszichológiai tényezők feltárására, melyek szerepet játszhatnak a nagyobb arányú öngyilkossági kísérletezésük hátterében. A tanulmány fontos hiátust pótol a legnagyobb magyarországi kisebbség öngyilkosságának kutatásában. A minta az alábbi táblázatban kerül bemutatásra (1. táblázat).

1. táblázat. Szándékos önmérgezők demográfiai összehasonlítása etnikum szerint

	Összes N (%)	Roma N (%)	Nem Roma N (%)	$\chi^2_{(df)}/t_{(df)}$
Vizsgált személyek	150 (100)	60 (40,0)	90 (60,0)	$\chi^2_{(1)}=12,907^{***}$
Nem				$\chi^2_{(1)}=0,588$
férfi	53 (35,3)	19 (31,7)	34 (37,8)	
nő	97 (64,7)	41 (68,3)	56 (62,2)	
Életkor (átlag, SD)	40,67 (13,52)	34,80 (11,1)	44,59 (13,5)	$t_{(148)}=4,634^{***}$
Családi állapot				
házas	41 (27,3)	13 (21,7)	28 (31,1)	$\chi^2_{(4)}=3,430$
egyedülálló	48 (32)	21 (35,0)	27 (30,0)	
elvált/különél	43 (28,7)	17 (28,3)	26 (28,9)	
élettárs	12 (8,0)	7 (11,7)	5 (5,6)	
özvegy	6 (4)	2 (3,3)	4 (2,7)	
Gyerekek száma (átlag, SD)	1,41 (1,4)	1,77 (1,6)	1,18 (1,2)	$t_{(148)}=-2,474^*$
Iskolai végzettség				$t_{(148)}=7,614^{***}$
alacsony	52 (34,7)	40 (66,7)	12 (13,3)	$\chi^2_{(1)}=5,029^*$ $\chi^2_{(1)}=4,072^*$ $\chi^2_{(1)}=0,083$
középfokú	85 (56,7)	20 (33,3)	65 (72,2)	
magas	13 (8,7)	0 (0,0)	13 (14,4)	
Foglalkozási státusz				
alkalmazott	37 (24,7)	9 (15,0)	28 (31,1)	$\chi^2_{(1)}=5,029^*$ $\chi^2_{(1)}=4,072^*$ $\chi^2_{(1)}=0,083$
munkanélküli	65 (43,3)	32 (53,3)	33 (36,7)	
inaktív	47 (31,3)	18 (30,0)	29 (32,2)	
Korábbi kísérletek száma (átlag, SD)	1,93 (4,2)	3,53 (6,0)	0,84 (1,6)	$t_{(148)}=-3,989^{***}$

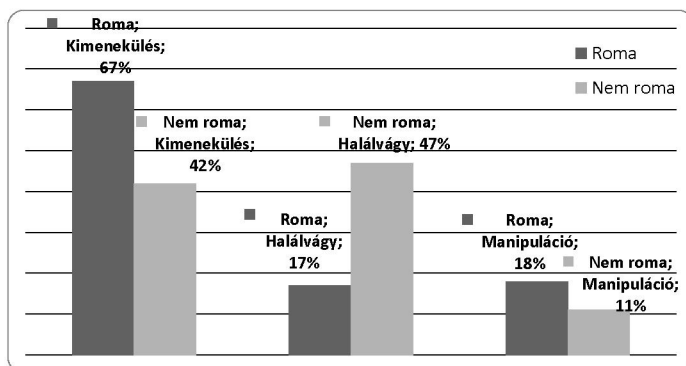
¹⁰⁴ Tóth, M. D. – Ádám, S. – Zonda, T. – Birkás, E. – Purebl, Gy.: Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary, *Transcultural psychiatry*, 2017, 55 (1), 55–72.

Diagnosztizált pszichiátriai zavar				
hangulatzavar	66 (44,0)	20 (33,3)	46 (51,1)	$\chi^2_{(1)}=4,618^*$
szerfüggőség	17 (11,3)	4 (6,7)	13 (14,4)	$\chi^2_{(1)}=2,161$
egyéb	16 (10,7)	9 (15,0)	7 (7,8)	$\chi^2_{(1)}=1,971$
Mentálhigiénés kezelés	85 (56,7)	56 (62,2)	29 (48,3)	$\chi^2_{(1)}=2,828$
Rendszeres alkoholfogyasztás	30 (20,0)	11 (18,3)	19 (21,1)	$\chi^2_{(1)}=0,174$
Dohányzás	99 (66,0)	43 (71,7)	56 (62,2)	$\chi^2_{(1)}=1,431$

Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Az elemzések során szignifikáns különbség igazolódott az öngyilkossági kísérlet háttérében meghúzóódó szándék tekintetében (2. ábra). A romák között többen voltak, akik *nem szuicid szándékkal* követték el tettüket, mint a nem romák körében (roma: 83,3% és nem roma: 53,3 %, $p < 0,001$). Ezen belül a romák gyakrabban szerettek volna egy általuk elviselhetetlen helyzetből kilépni, mint a nem romák (roma: 66,7% és nem roma: 42,2%, $p=0,003$), manipulatív motiváció statisztikailag megegyező arányban (roma: 16,7% és nem roma: 11,1%, $p=0,327$) állt a háttérben. Ezzel szemben a nem roma kísérletezők közel fele halálvágyból követte el kísérletét, mely arány 17% volt a romáknál.

2. ábra. A szándékos önmérgezés háttérében meghúzóódó motiváció megoszlása etnikum szerint interjúval vizsgált önmérgezők csoportjában (N=150)



Az elemzések során mind a romák és nem romák ismétlői körében magasabb szintű pszichológiai distressz volt azonosítható, melyre a magasabb mértékű

depresszió és reménytelenség, valamint az alacsonyabb társas támasz utalt. A sokszoros kísérletezők mindkét alcsoportban súlyos depresszió pontszámokat mutattak (roma: 26,1 és nem roma: 26,8), és mindkét csoportban szuicid rizikót jelző értéket mutatott a reménytelenség pontszáma (roma: 10,4 és nem roma: 10,5). A depresszió és a reménytelenség értékében homogén, szignifikánsan nem különböző értékeket mutattak a különböző etnikumú sokszoros kísérletezők. A romák között az ismétlők körében szignifikánsan több öngyilkosság fordult elő a családban, és hosszabb ideje voltak munkanélküliek, mint azok a romák, akik először követtek el szándékos önmérgezést. Ilyen összefüggés nem volt kimutatható a magukat nem romáknak vallók között. Mindkét alcsoportban a többszörös kísérletezők közül többen kaptak korábban hangulatzavar diagnózist, és többen álltak pszichiátriai, vagy pszichológiai kezelés alatt, mint az első kísérletezők. A nem romák 72,2%-ával szemben a romák mindössze 51,6%-a számolt be hangulatzavar diagnózisáról, a különbség szignifikáns. A sokszoros kísérletező romák szignifikánsan gyakrabban követték el tettüket előre nem tervezetten, impulzívan, mint a nem romák (nem roma: 57,6% és roma: 90,3%, $\chi^2_{(1)}=8,787$, $p=0,003$), illetve szignifikánsan többen dohányoztak (nem roma: 66,7% és roma: 87,1%, $\chi^2_{(1)}=3,718$, $p=0,054$). A nem roma többszörös kísérletezők gyakrabban fogyasztottak alkoholt, mint az első kísérletezők.

Mivel a roma etnikumot az egyik legerősebb prediktornak találták a sokszoros kísérletezés hátterében, megvizsgálták azokat a változókat, melyek rizikófaktorok lehetnek a többszörös kísérletezés szempontjából a roma etnikumúak körében. Az elemzések során az alábbi faktorok mutatkoztak rizikótényezőnek:

- aktuális mentálhigiénés kezelés (OR: 7,6),
- diagnosztizált hangulatzavar (OR: 6,6),
- reménytelenség (OR: 4,0),
- major depresszió (OR: 3,0),
- dohányzás (OR: 5,4),
- családban előforduló öngyilkosság (OR: 4,9),
- hosszú távú munkanélküliség (OR: 4,6).

Fontos megfigyelés mutatkozott a lelki egészséggel kapcsolatban. Bár a roma páciensek 4,2-szer gyakrabban kerültek kórházba szuicid tettük miatt, nem volt magasabb a diagnosztizált pszichiátriai zavar körükben, sőt a hangulatzavar diagnózisát szignifikánsan kevesebben kapták meg a teljes mintában (roma: 33,3% és nem roma: 51,1%), és a többszörös kísérletezők alcsoportjában is (roma: 51,6% és nem roma: 72,2%), mint a nem romák. Ez az eredmény több okból is elgondolkodtató: (1) a romák körében a depresszió előfordulása az átlagos populációban

többszöröse a nem romákénak.¹⁰⁵ (2) A többszörös kísérletezők súlyos depresszióra utaló pontszámokat értek el az öngyilkossági cselekmény idején mind a romák, mind a nem romák csoportjában. Ez az eredmény a romák körében magasabb arányú nem felismert és ezért kezeletlen lelki egészséggel kapcsolatos problémára hívja fel a figyelmet, ami az öngyilkosság ismert rizikófaktor.¹⁰⁶ Az öngyilkossági magatartás etnikai különbségeinek feltárására további, sokkal nagyobb elemszámú kvalitatív vizsgálatok lennének szükségesek a teljes populációban azért, hogy a romák öngyilkossági magatartásának pszichológiai, viselkedési és kulturális jellemzőire további magyarázatokat találjunk. A kultúrának kétségtélvesen nagy szerepe van ezekben a jelenségekben, mivel az öngyilkosság jelentése mindenki számára különböző, és a kultúra különösen erős jelentést közvetítő közeg.¹⁰⁷

Az eredmények szerint tehát a romák körében a családi modell nagymértékben meghatározó, mely jelenséget más kisebbségi csoportoknál is kimutatták. A családi kapcsolatok és a támogató szerep fontos értéket képvisel körükben, amit a kórházi kezelés során belátogató kiterjedt család is szimbolizál. Az erős összetartás protektív tényező lehet a romák körében a letális szuicidiummal szemben, ahogy ezt a jelenséget az afroamerikai kisebbségnél is kimutatták. Az inadekvát problémamegoldó coping mechanizmusaik és az impulzivitásuk pedig magyarázhatja, hogy egy mindennapi konfliktus hogyan fordul át halálvágy nélkül elkövetett öngyilkossági kísérletbe.¹⁰⁸ Az elviselhetetlen helyzetből való kimenekülés vágya a roma kísérletezők körében felhívja a figyelmet azoknak a nehéz élethelyzeteknek a további vizsgálatára, melyekkel ők szembesülnek. Szintén fontos eredménye a felmérésnek, hogy bár 4,2-szer gyakrabban kerültek kórházba öngyilkossági kísérletezés miatt, a diagnosztizált mentális betegségek aránya náluk szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a nem roma kísérletezők között, pedig a kísérlet elkövetése után mindkét etnikai csoportban súlyos depresszióra utaló tünetek álltak fent. Ezek az eredmények a magasabb arányú, kezeletlen mentális betegségekre hívják fel a figyelmet, melyek szintén fontos rizikófaktorai az öngyilkosságnak.¹⁰⁹ A szegénység, az anyagi depriváció gyak-

¹⁰⁵ Gyukits Gy.: A szociális tényezők hatása a 40–49 éves korcsoportba tartozó romák egészségi állapotára.

¹⁰⁶ De Hert et al.: Factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study.

¹⁰⁷ A. Leenars: Suicide. A cross-cultural theory, in F. L. Leong – M. M. Leach (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 13–37.

¹⁰⁸ Fónai M. et al.: Poverty, health and ethnicity: The empirical experiences of researches in Northeast-Hungary.

¹⁰⁹ De Hert et al. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study.

ran jár együtt az egészségügyhöz való nem megfelelő hozzáféréssel, mely igen gyakori az olyan marginalizálódott csoportoknál, mint a migránsok, kisebbségek és munkanélküliek.

ÖSSZEFOGLALÁS

Ebben a fejezetben csak jelzés szinten tudtuk érinteni az öngyilkosság kulturális megközelítéseit, hiszen annak könyvtárnyi irodalma van. Ugyanakkor a világviszonylatban is egyre erősödő migráció ellenére meglepően kevés kutatás foglalkozik a kisebbségek lelki egészségének, valamint szuicid magatartásának témakörével. A fejezet során áttekintett tanulmányok felhívják a figyelmet a kisebbségi csoportok körében sürgető problémának számító lelki betegségek és öngyilkossági magatartás jelenségre. Ezen csoportok kultúrájához igazodó öngyilkosság-prevenációs programok szükségességéhez világviszonylatban és az egyes országok szintjén sem fér kétség. Néhány országban már elindultak törekvések a kisebbségi csoportok szuicid cselekményeinek megelőzésére, lelki egészségének megőrzésére, gondozására, mely jó gyakorlatokat érdemes lenne hazánkban is adaptálni a közeljövőben.

BIBLIOGRÁFIA

- AHMED, K. – MOHAN, R. A. – BHURGA, D.: Self-harm in South Asian women: a literature review informed approach to assessment and formulation, *American Journal of Psychotherapy*, 2007, 61 (1), 71.
- AICHBERGER, M. C.: Rates of suicidal behavior in immigrants in Europe, in Bergen, D. D. van – Heredia-Montesinos, A. – Schouler-Ocak, M. (eds.): *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*, Gottingen, Hogrefe Publishers, 2015, 13–25.
- AL-NAJJAR – SHEIK YUSUF: *Suicide and Islamic Law*, in Winnik, H. Z. – Miller, L. (eds.): *Aspect of Suicide in Modern Civilisation. In Proceedings of the 8th International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention*, Jerusalem, Jerusalem, Academic, 1978, 28–33.
- ALVAREZ, A.: *The Savage God, A Study of Suicide*, London, W. W. Norton Company, 1974.

- AICHBERGER, M. C. – MONTESINOS, A. H. – BROMAND, Z. – YESIL, R. – TEMUR-ERMAN, S. – RAPP, M. A. ET AL.: Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin, *European Psychiatry*, 2015, 30 (4), 480–485.
- ANDORKA R.: *Bevezetés a szociológiába*, Budapest, Osiris, 1997.
- BACA-GARCIA, E. – PEREZ-RODIGUEZ, M. M. – KEYES, K. M. – OQENDO, M. A. – HASIN, D. S. – GRANT, B. F. – ET AL.: Suicidal ideation and suicide attempts among Hispanic subgroups in the United States: 1991–1992 and 2001–2002, *Journal of Psychiatric Research*, 2011, 45 (4), 512–518.
- BENEDICT, R.: *Pattern of Culture*, London, Routledge, 1935.
- BERGER, D. – TAKAHASHI, Y.: Cultural dynamics and the uncunscious in suicide in Japan, in Leenaars, A. – Lester, D. – Aronson, E.(eds.): *Suicide and Unconscious*, Northvale N. J., Jason Aronson, 1996, 248–258.
- BERGEN, van D. D. – SAHARO, S.: Suicidality of young ethnic minority women with an immigrant background: The role of autonomy, *European Journal of Women's Studies*, 2016, 23 (3), 297–311.
- BERRY, J. W.: Acculturation and adaptation, *Arctic Medical Research*, 2001, 49, 142–150.
- BHUI, K. – MCKENZIE, K.: Rates and risk factors by ethnic group for suicides within a year of contact with mental health services in England and Wales, *Psychiatric Services*, 2008, 59, 414–420.
- BODNÁR L.: Vezető halálokok cigányoknál, *Népegészségügy*, 1984, 65, 379–383.
- BOHANNAN, P. (ed.): *Africans Homocide and Suicide*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 1960.
- BROWN, R. M.: *The Art of Suicide*, London, Reaction Books Ltd., 2001.
- BUDA B.: *Az öngyilkosság*, Budapest, Animula, 1997.
- BURGER, I. – SALVERDA, B. – FERBER, M. ET AL.: Suicidal behavior in four ethnic groups in the Hague, the Netherlands 1987–2010: Epidemiology, prevention and aftercare, in Bergen, D. D. van – Heredia-Montesinos, A. – Schouler-Ocak, M. (eds.): *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*, Gottingen, Hogrefe Publishers, 2015, 145–173.
- CEMLYN, S. – GREEFIELDS, M. – BURNETT, S. – MATTHEWS, Z. – WHITWELL, C.: Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review, Equality and Human Rights Commission, 2009. https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research_report_12inequalities_experienced_by_gypsy_and_traveller_communities_a_review.pdf

- COOPER, C. – SPIERS, N. – LIVINGSTON, G. – JENKINS, R. – MELZER, H. – BRUGHA, T. ET AL.: Ethnic inequalities in the use of health services for common mental disorders in England, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013, 48, 685–692.
- CRAWFORD, M. J. – NUR, U. – MCKENZIE, K. – TYRER, P.: Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: results of a national household survey, *Psychological Medicine*, 2005, 35 (9), 1369–1377.
- DROGE, A. J. – TABOR, J. D.: *A Noble Death: Suicide and Martyrdom Among Jews and Christians in Antiquity*, San Francisco, Harper, 1991.
- FIRTH, R.: Suicide and Risk-taking in Tikopia Society, in Giddens, A. (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection Readings*, London, Frank Cass & Co., 1971, 197–222.
- FONTAIRE, J. L.: Suicide Among the Gisu, in Giddens, A. (ed): *The Sociology of Suicide – A Selection Readings*, London, Frank Cass & Co., 1971, 170–185.
- FÓNAI, M. – FÁBIÁN, G. – FILEPNÉ, N. – PÉNZES, M.: Poverty, health and ethnicity: The empirical experiences of researches in Northeast-Hungary, *Review of Sociology*, 2008, 14 (2), 63–91.
- GENNEP, A. VAN.: *The Rites of Passage*, London, Routledge and Kegan Paul, 1960.
- GARCIA-CAMPAYO, J. – ALDA, M: Illness behavior and cultural characteristics of the gipsy population in Spain, *Actas Espanoles de Psiquiatria*, 2007, 35 (1), 59–66.
- GYUKITS Gy. – ÜRMÖS A. – CSOBOTH Cs. – PUREBL Gy.: A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében, *Lege Artis Medicinae*, 2000, 10 (11–12), 911–915.
- GYUKITS Gy.: A szociális tényezők hatása a 40–49 éves korcsoportba tartozó romák egészségi állapotára, in Kopp M. (szerk.), *Magyar Lelekiállapot 2008*, Budapest, Semmelweis, 2008, 460–468.
- DE HERT, – MCKENZIE, K. – PEUSKENS, J.: Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study, *Schizophrenia Research*, 2001, 47, 127–134.
- HAIGH, M. – KAPUR, N. – COOPER, J.: Suicidal behaviour among ethnic minorities in England, in Bergen, D. D. van – Montesinos, A. – Schouler-Ocak, M. (eds.): *Suicidal behaviour of immigrants and ethnic minorities in Europe*, Göttingen, Hogrefe Publishers, 2015.
- HAIJOFF, S. – MCKEE, M: The health of the Roma people: a review of the published literature, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2000, 54 (11), 864–869.

- HASSLER, S. – EKLUND, L.: Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden—a pilot study, *International Journal of Circumpolar Health*, 2012, 4, 71 (0), 1–6.
- HENDIN, H.: *Suicide and Scandinavia*, New York, Grune & Stratton, 1964.
- HJERN, A: Suicide in first and second generation immigrants in Sweden: a comparative study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, 423–429.
- HUNT, I. M. – ROBINSON, J. – BICKLEY, H. – MEEHAN, J. – PARSONS, R. – MCCANN, K. – FLYNN, S. ET AL.: Suicides in ethnic minorities within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey, *British Journal of Psychology*, 2003, 183, 155–160.
- IGA, MAMORU – OHARA, KENSHIRO: Suicide Attempts of Japanese Youth and Durkheim's Concept of Anomie, in Giddens, A. (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection Readings*, London, Frank Cass & Co., 1971, 223–239.
- IGA, MAMORU: *The Thorn in the Chrysanthemum Suicide and Economic Success in Modern Japan*, London, University of California, 1986.
- JEFFREYS, M. D. W.: Samsonic Suicides: or Suicides of Revenge Among Africans, in Giddens, A. (ed.): *The Sociology of Suicide – A Selection of Readings*, London, Frank Cass & Co., 1971, 185–196.
- KIRMAYER, L. J. – NARASIAH, L. – MUNOZ, M. – RASHID, M. – RYDER, A. G. – GUZDER, J. ET AL.: Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2011, 183 (12), E959–E967.
- KLIEWER, E.: Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States, *Journal of the Australian Population Association*, 1991, 8 (2), 111.
- KÓSA, K. – ÁDÁNY, R.: Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority, *Epidemiology*, 2007, 18 (3), 290–299.
- KÓSA K. – LÉNÁRT B. – ÁDÁNY R.: A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota, *Orvosi Hetilap*, 2002, 143 (43), 2419–2426.
- KUNT E.: *Az utolsó átváltozás*, Budapest, Gondolat, 1987.
- KUNT E.: *A halál tükrében*, Budapest, Magvető, 1981.
- Demográfiai Portré 2009*, Budapest, KSH – Népeség tudományi Kutatóintézet, 2009.
- LEENARS, A.: Suicide. A cross-cultural theory, in Leong F. L. – Leach M. M. (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 13–37.
- LESTER, D.: Migration and suicide, *Medical Journal of Australia*, 1972, 1, 941–942.

- LESTER, D.: Theories of Suicide, in Leong, F. L. – Leach, M. M. (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 39–53.
- LESTER, D.: Culture and suicide, in Colucci, E. – Lester, D. (eds.): *Suicide and Culture*, Cambridge, Hogrefe, 2013, 59–89.
- LESTER, D.: Suicide among the Roma people and Irish Travelers, in Bergen, D. D. van – Montesinos, A. H. – Schouler-Ocak, M. (eds.): *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*, Gottingen, Hogrefe Publishers, 2015, 101–111.
- LONQVIST, J.: Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters, in D. Wasserman, D. – Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global perspective*, Oxford, Oxford University Press, 2009, 275–286.
- MCKENZIE, K. – SERFATY, M. – CRAWFORD, M.: Suicide in ethnic minority groups, *British Journal Psychiatry*, 2003, 183, 100–101.
- MACDONALD, MICHAEL – MURPHY, TERENCE R.: *Sleepless Souls, Suicide in Early Modern England*, Oxford, University Press, 1990.
- MALINOWSKI, B.: *Baloma*, Budapest, Gondolat, 1972.
- MERRILL, J. – OWENS, P.: Self-poisoning among four immigran groups, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 77, 77–80.
- MINOIS, G.: *History of Suicide. Voluntary death in Western Culture*, Baltimore – London, The Johns Hopkins Univesity Press, 1999.
- MORETTI M. – KURIMAY T. – MOLNÁR Z. – SZERDAHELYI F.: Az asszimiláció ára, *Psychiatria Hungarica*, 1997, 12 (1), 5–18.
- MURRAY, A.: *Suicide in The Middle Ages, Volume I, The Violent Against Themselves*, Oxford – New York, Oxford University Press, 1998.
- MURRAY, A.: *Suicide in The Middle Ages, Volume II, The curse on Self-Murder*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
- NEELMAN, J. – MAK, V. – WESSELY, S.: Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth. A three-year survey in inner London, *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 463–7.
- NEELMAN, J. – WILSON-JONES, C. – WESSELY, S.: Ethnic density and deliberate self harm: a small area study in south east London, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55, 85–90.
- NOH, S. – KASPAR, V. – WICKRAMA, K. A.: Overt and subtle racial discrimination and mental health: preliminary findings for Korean immigrants, *American Journal of Public Health*, 2007, 97, 1269–74.
- OSVÁTH, P. – KELEMEN, G. – ERDŐS, M. B. – VÖRÖS, V. – FEKETE, S.: The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/ EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, *Crisis*, 2003, 24 (4), 151–154.

- PUPORKA L. – ZÁDORI Z.: *A magyarországi romák egészségi állapota*, Budapest, Roma Sajtóközpont, 1998.
- RALEIGH, V. S.: Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales, *Ethnicity & Health*, 1996, 1 (1), 55–63.
- RASMUSSEN, K.: *The Netsilik Eskimoss: Social Life and Spiritual Culture*, Copenhagen, Nordisk Forlag, 1931.
- RIHMER Z. – FEKETE S.: Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok, in Kalmár S. – Németh A. – Rihmer Z. (eds.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*, Budapest, Medicina, 2012, 91–112.
- RIHMER, Z.: Suicide risk in mood disorders, *Current Opinion of Psychiatry*, 2007, 20 (1), 17–22.
- SOMLAI P.: *Szocializáció*, Budapest, Corvina, 1997.
- ROPP, P. S. – ZAMPERRINI, P. – ZURNDORFER, H. T. (eds.): *Passionale Women: Female Suicide in Late Imperial China*, Leiden, 2001.
- ROSCOE, J.: *The Baganda*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011.
- ROSHENTAL, F.: *Intikar*, in Lewis, B. – Menage, V. L. – Pellat, Ch. – Schacht, J. (eds.): *The Encyclopedia of Islam, Volume III: H-Iram*, Leiden – London, E. J. Brill, 1979, 1247.
- STENGEL, E.: *Suicide and Attempted Suicide*, London, Chapman & Hall, 1971.
- TÓTH, M. D. – ÁDÁM, SZ. – ZONDA, T. – BIRKÁS, E. – PUREBL, Gy.: Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary, *Transcultural Psychiatry*, 2017, 55 (1), 55–72.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division- World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248, 2017.
- UTSEY, S. O. – STANARD, P. – HOOK, J. N.: Understanding the role of cultural factors in relation to suicide among african americans, in Leong, F. L., Leach, M. M. (eds.): *Suicide among racial and ethnic minority groups*, New York, Routledge, 2008, 57–79.
- VORACEK, M. – LOIBL, L. M: Consistency of immigrant and country of birth suicide rates: A meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 118 (4), 259–271.
- WAHLBECK, K.: Background document for the EU thematic conference: Preventing of Depression and Suicide: Making it Happen, 2009, https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_background_en.pdf
- WISSE, J. : *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, W. J. Thieme & Cie, 1933.

- WOLF, M.: Women and Suicide in China, in Wolf, M. – Witke, R. (eds.): *Women in Chinese Society*, Stratford, 1975, 111–141.
- YOSHIOMO TAKAHASHI: Culture and Suicide: From a Japanese Psychiatrist's Perspective, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27, 1, 137–145.
- ZONDA, T. – LESTER, D: Suicide among Hungarian Gypsies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 82 (5), 381–382.
- ZONDA T.: A cigányok öngyilkossági cselekményeiről, *Psychiatria Hungarica*, 1989, 4 (1), 31–38.
- ZONDA T.: *Az öngyilkosság kultúrtörténete*, Budapest, Végeken Alapítvány, 1991.

ÖNGYILKOSSÁGOK ÉS METEOROLÓGIA



BOZSONYI KÁROLY – FÜLÖP ANDREA – ZONDA TAMÁS

ELŐZMÉNYEK

Feltehetően az ember már igen régen és folyamatosan keres összefüggéseket az általa alig befolyásolható természet és a saját magával kapcsolatos jelenségek között. Nem csoda, ha a számára talán legfontosabb kincsnek, az egészségnek, illetve az egészség–betegség lényegének megértésében is gyakran keres magyarázatot, okot a bolygók járásában, az évszakok változásában. De nem kell a régmúltba tekinteni, hiszen ma is minden magára valamit is adó sajtótermék előkelő helyet biztosít asztrológiai előrejelzéseinek: jellemrajzok, a rövid vagy hosszabb időre szóló életesemény-becslések közlésére. Az időbeli periodicitás kétségtelenül egyik alapvető jelensége az élő szervezeteknek. Ezért egy sor, szigorú következetességgel jelentkező periodikus természeti jelenség és a létezésben észlelt hasonló (sokszor szinkron) biológiai történet között az ember nagy igyekezettel kísérelt, kísérel meg összefüggéseket keresni, így a pszichés jelenségek, tulajdonságok, hajlamok magyarázata terén is.

Az évszakok változása több különböző viselkedési és pszichés változást indukált a mérsékelt és a sarki övezeteken élő emberekben az évezredek során. Ezek a változások egyrészt a szervezet adaptív válaszai azokra a drámai változásokra, amelyeket a hőmérséklet, a fényviszonyok és egyéb meteorológiai tényezők jelentenek, másrészt az individuumok egy részénél maladaptív reakciót is kiválthatnak, így például a szezonális affektív zavart (SAD) vagy a megnövekedett impulzivitást, mely utóbbi összefüggésben van az ember egyik legrejtélyesebb viselkedésének, az öngyilkosságnak kockázatával.

Már Hippokratész (Kr. e. 460–377) megjegyzi, hogy az orvosnak ismernie kell a baj kezdetének szezonális idejét,¹ de ismertek Galenus (Kr. u. 131–220) és

¹ Kérdő István: *Hippokratész és a bioklimatológia*, Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, Budapest, 1955, 107–128.

főként Avicenna (a bagdadi Arisztotelész, Kr. u. 980–1037) idevágó vizsgálatai is. A középkorban bekövetkezett hosszú csendet követően a betegségek és az éghajlati-időjárás viszonyok kérdései ismét előtérbe kerültek. A modern orvosmeteorológia megalapítója, a nagytudású polihisztor, Alexander von Humboldt (1769–1859) írta le, hogy az időjárás elemei miként hatnak az emberi érzékszervekre. 1748-ban Montesquieu a *De l'Esprit des Lois* (A törvények szelleméről) című művében fogalmazta meg (tévesen), hogy a hideg és ködös országok kedveznek az öngyilkosságnak.² Ez a nézet hosszan tartotta magát, noha a klinikus pszichiáter Esquirol már az 1800-as évek elején jelezte, hogy tapasztalata szerint intézetében a melankólia és az öngyilkossági kísérletek a nyári szezonban gyakoribbak.³

A 19. században nagy irodalma keletkezett az öngyilkosság (és a bűncselekmények) bioklimatikus magyarázatának, mely főleg az olasz iskola szerzőitől jelent meg.⁴ Ferri magyarázata szerint a meleg hónapokban megnövekszik az idegrendszer ingerlékenysége, sok energia gyűlik fel a szervezetben, túlteng az életkedv, amelynek valahogyan le kell vezetődnie, és ez okozza a fokozott autoagresszivitást – idézi őt Durkheim. Leffingwell korabeli monográfiájában is ez a magyarázat olvasható.⁵ Lombroso – számos, ma már időszerűtlen tétele ellenére – kiváló megfigyelő volt. Azt tapasztalta, hogy a *koranyári, hirtelen megérkező napsugaras, meleg idő fokozza az agresszivitást* és hajlamosít ilyen cselekményekre, így a gyilkosságra is. Ugyanezt látta intézetében is: a meleg idő beállta a pszichiátriai betegségek szaporodásának is az ideje. Érdemes idéznünk őt, a pontos megfigyelés, az empíria (lassan kivesző) fontosságát demonstrálandó:

„Egész sora a leglelkiismeretesebb megfigyeléseknek, melyeket klinikámban eszközöltem, a legvilágosabban bebizonyította, hogy a lelkibetegek állapotának folytonos változása a legszorosabb összefüggésben van a hőmérő és a barometer (légsúlymérő) emelkedésével és esésével. Ha a hőmérő hirtelen felszál 30-32 fokra, akkor az őrültek rohamainak átlagos száma 29-ről 50-re száll fel. Olyan napokon, mikor a barometer hirtelen időváltozást jelzett, akkor a rohamok száma rohamosan felszökött 34-ről 46-

² Törő Klára (szerk.): *Az éghajlatváltozás hatásai az emberi szervezetre*, Budapest, Medicina, 2010, 113–121.

³ Jean-Étienne-Dominique Esquirol: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et medico-legal*, Bruxelles, Librairie Médiale et Scientifique de J. B. Tircher, 1838.

⁴ Cesare Lombroso: *Lángész és őrültség*, Budapest, Littera Könyvkiadó, (reprint) é.n.; Enrico Ferri: *Criminal Sociology*, Boston, Little Brown & Co, *Variations thermométriques et criminalité*, 1917 (Archives d'Anth. Criminelle, 1887); Enrico Morselli: *Suicide: An essay on comparative statistics*, London, Paul Kegan, 1881.

⁵ Émile Durkheim: *Az öngyilkosság*, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.

ig. 23.602 őrült beható tanulmányozása után arra a meggyőződésre jutottam, hogy az őrülség fejlődése és kitörései a minden hónapban beálló hőmérsékemelkedéssel szoros összefüggésben állnak. Vagyis a nyár első meleg napjai sokkal erősebb hatást gyakorolnak a lelkibetegekre, mint a legforróbb júliusi és augusztusi napok, amelyeknek az őrülte szervezetete jobban ellenáll, mert már hozzászokott a meleghez. Legkevesebb rohama van az őrülteknak a téli hónapokban”⁴ (1. táblázat)

1. táblázat. Lombroso ábrája a hőmérséklet és a pszichés „rohamok” összefüggéséről

	A hőmérséklet °C fokokban	A klinikán észlelt rohamok száma
Június	21,29	2701
Május	16,75	2642
Július	23,75	2614
Augusztus	21,92	2261
Április	16,12	2237
Március	6,60	1829
Október	12,77	1637
Szeptember	19,00	1604
December	1,01	1529
Február	5,73	1490
Január	1,63	1476
November	7,17	1452

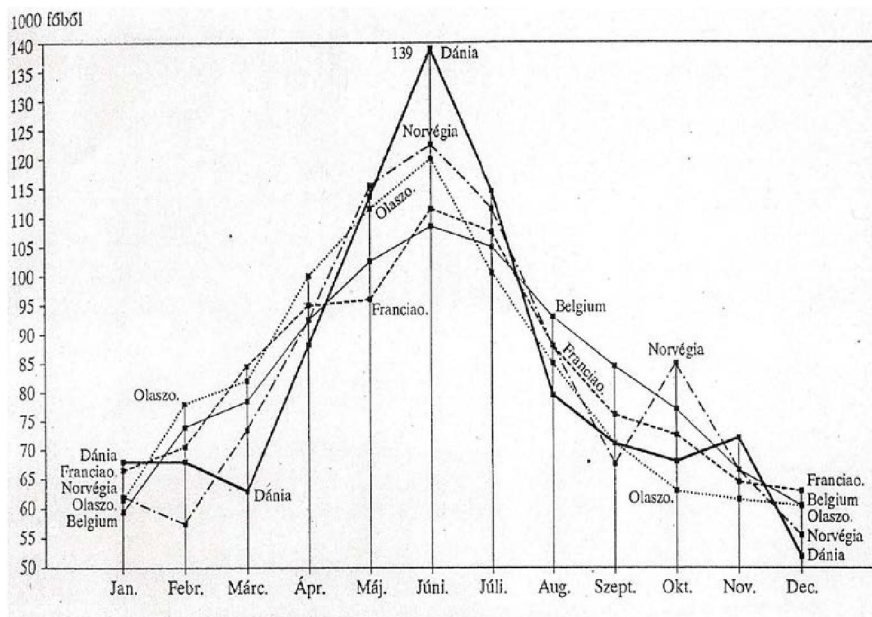
A meleg hatását több tudós ember észlelte, mindegyikük saját magyarázattal állt elő. Az említettek mellett a kor ismert párizsi ügyvédje – mellesleg igen tehetséges amatőr szociológus –, Guerry is tapasztalta az öngyilkosságok számának tavaszi-nyári emelkedését a korabeli Franciaországban, Belgiumban, Szászországban, Dániában, Ausztriában, Bajországbán, Londonban. Ő is sajátos magyarázatot adott:

„A meleg időjárás ugyanis elpuhítja az akarat ellenállási erélyét, úgy, hogy az ingerlő kísérletek több zsákmányt ragadnak; a hideg ellenben edzi, aczélozhatja az akaraterőt és így vértet ad a támadások ellen.”⁶ A meleg agresszivitást fokozó hatásának tételét a kor legjelentősebb öngyilkosság-kutatója, Enrico Morselli is

⁶ André-Michel Guerry: *Statistique morale de l'Angleterre comparée avec la statistique morale de la France, d'après les comptes de l'administration de la justice criminelle en Angleterre et en France*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1864.

átvette,⁷ noha jelentőséget tulajdonított a társaslélektani, személyiséglélektani okoknak is. Ő 18 ország 34 időszakát vizsgálta, és 17 esetben tavaszi-nyári maximumot talált, míg a minimum minden esetben a késő őszi és a téli hónapokra esett. Korabeli (1881-es) ábráiból mutatunk be egyet (1. ábra).

1. ábra. Az öngyilkosságok szezonálisága egyes európai országban



Az első hazai adat Konek Sándortól származik, s bár az akkori öngyilkossági regisztrálás még korántsem volt pontos, már 1864-ben észlelhető volt a május-júniusi csúcs.⁸ Száz évre rá a KSH 1964-ben közölt adatai is a nyári hónapokban magasabb, a téli hónapokban lényegesen alacsonyabb öngyilkossági számokról számoltak be.⁹

A halálokok statisztikailag pontos regisztrálása a 19. század közepén indult el Európa nyugati országában (hazánkban 1895-ben), és hamarosan igazolta az eddigi megfigyeléseket: az öngyilkosságok a késő tavaszi-kora nyári időszakban érik el a maximumot, míg a hideg, borongós-ködös késő őszi és a téli hónapokban

⁷ Morselli: *Suicide: An essay on comparative statistics*.

⁸ Konek Sándor: *Statisztikai és Nemzetgazdasági Közlemények*, Budapest, 1864.

⁹ *A magyarországi öngyilkosságok eseményeinek elemzése (1959–63)*, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 1964.

gyakoriságuk a legalacsonyabb. A bioklimatikus érvrendszer a 19. század közepéig csak az öngyilkossági térképekre tudott támaszkodni (az északi féltekén), ugyanis a déli féltekén ugyanúgy az ottani koranyár időszakában tetőzött az öngyilkosságok száma.¹⁰ Morsellinek helytálló volt azon megfigyelése, miszerint a 19. század közepe-vége körül Európában az 50. és 55. szélességi fok közötti sávban fordult elő a leggyakrabban az önkezű halál (17,25 százalékelék), míg e sávtól délre fokozatosan, de markánsan csökkent a ráta: a 43. és 50. fok között 9,33; a 36. és 43. fok között 2,11 [!] százezerelék volt észlelhető.¹¹

Ha Európa mai öngyilkossági térképét a szélességi körökre figyelve tanulmányozzuk, akkor a helyzet már kissé bonyolódni látszik, mert ugyan az 55-60. szélességi fok között terül el az utóbbi évtizedekben legmagasabb európai öngyilkossági rátájú államok jó része (balti országok, Oroszország, Ukrajna, Fehéroroszország), de ebbe a szélességi sávba esik Skócia, Svédország déli része és Dánia is, ahol az öngyilkossági ráta ugyanezen időszakban fele-harmada az előzőeknek. A még mindig magas rátájú Magyarország, Szlovénia, Horvátország a 45. és 50. szélességi fok között fekszik, éppúgy, mint a jóval alacsonyabb rátákat mutató Franciaország, Svájc, Ausztria, Románia, Észak-Olaszország.¹² A földrajzi magyarázat tehát lassan változik, és könnyen lehet, hogy e sorok írásakor jelzett állapotok egy-két évtizeden belül lényeges változásokat fognak mutatni.

Egyetlen geográfiai adat látszik időtállóknak: a 45. szélességi fok alatt élő népességek körében az öngyilkossági gyakoriság tartósan, már-már hagyományosan alacsony (Portugália, Spanyolország, Olaszország, Görögország, Törökország, Közép- és Dél-Balkán, és a kaukázusi országok). Esetükben viszont a vallás intenzív hatását nem lehet figyelmen kívül hagyni, noha vallási téren komoly változások történtek: a szekularizáció hatása egyértelműen kártékony szuicidológiai szempontból. Ez az öngyilkosság-kutatók egyértelmű tapasztalata.

Morselli megfigyelését tehát a későbbi pontos statisztikai vizsgálatok egyértelműen megerősítették: tavaszi és kora nyári maximum, a késő őszi és téli hónapokban pedig minimum. A tényt egy-két nagyobb terjedelmű *metaanalízis*

¹⁰ K. S. Y. Chew – R. McCleary: The seasonality of suicides: a world survey, *Current Issues of Public Health*, 1996, 2, 241–246; A. J. Flisher – C. D. Parry – D. Bradshaw – J. M. Juritz: Seasonal variation of suicide in South Africa, *Psychiatry Research*, 1997, 66, 13–22; C. Christodoulou – A. Douzenis – F. C. Papadopoulos – A. Papadopolou – G. Bouras – R. Gournellis – L. Lykouras: Suicide and seasonality, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012, 125 (2), 127–146.

¹¹ Morselli: *Suicide: An essay on comparative statistics*.

¹² WHO European Health for All Database (HFA–DB), 2016.

adataiból összeállított táblázatban igyekszünk bemutatni, mely egyben jelzi, hogy az öngyilkosságok szezonális eloszlásának oka(i) máig sem magyarázhatók megnyugtatóan.¹³ (2. táblázat)

2. táblázat. A befejezett öngyilkosságok szezonálisával foglalkozó metaanalízisek eredményeinek összevont bemutatása

Vizsgáló(k)	V-VII maximum	XII-I-II minimum	Más csúcs is	Nincs szezon	Vizsgálatok száma
Kevan ¹	29	27	?	1	35
Massing & Angermeyer ²	44	25	17	–	47
Christodoulou et al. ³	26	?	11	–	33

¹ Kevan: Perspectives on season of suicide: a review.

² Massing – Angermeyer: The monthly and weekly distribution of suicide.

³ Christodoulou – Douzenis – Papadopoulos – Papadopoulou – Bouras – Gournellis – Lykouras: Suicide and seasonality; A görög szerzőcsoport összegyűjtötte az öngyilkosságok szezonális fluktuációjával kapcsolatban megjelent közlemények legnagyobb részét, számuk így 68 publikációra növekedett. A teljességre való törekvés azonban jelen esetben buktatókat rejt magában. A szezonális fluktuációk vizsgálata nagyobb létszámú mintákat igényel, és minél hosszabb idősorokat. Ezért a kisebb létszámú (2-3000 fő alatti) mintákat és a 2 éves megfigyelési időszaknál rövidebb vizsgálatokat nem tartottuk indokoltnak bevenni az alábbi táblázatba.

Az öngyilkossági kísérletek szezonális eloszlását jóval kevesebb kutatás tudta követni, a gyakorlatilag megoldhatatlan pontos regisztráció miatt. A megbízhatóbbnak tűnő közlések összegzését mutatja a 3. táblázat, mely szerint a kísérletek esetében is a tavaszi halmozódás a jellemző, az ismert téli minimummal. A férfiaknál ritkábban észlelhető a kísérletek szezonálisitása, a nőknél annál inkább, többnyire egy tavaszi és ritkábban egy őszi csúccsal.

A 20. század elején megindultak a részletes tudományos vizsgálatok, és a század közepére az orvosmeteorológia elismert tudománnyá vált, napjainkra előrejelzései az időjárás jelentések szerves részévé váltak.

¹³ S. M. Kevan: Perspectives on season of suicide: a review, *Social Science and Medicine: Medicinal Geography*, 1980, 14, 369–378; W. Massing – M. C. Angermeyer: The monthly and weekly distribution of suicide, *Social Science and Medicine*, 1985, 20, 433–441; Christodoulou – Douzenis – Papadopoulos – Papadopoulou – Bouras – Gournellis – Lykouras: Suicide and seasonality.

3. táblázat. Az öngyilkossági kísérletek szezonális eloszlása, nemre való tekintet nélkül

Vizsgáló(k)	Vizsgálat éve	Tavaszi-nyári max.	Őszi-téli min.	Egyéb csúcs is	Nincs szezon hatás
Esquirol ¹	1838	+	+		
East ²	1913	+			
Piker ³	1938				+
McGregor ⁴	1942	+			
Schmid ⁵	1955				+
Shneidman & Farberrow ⁶	1961	+			
Sendbuehler ⁷	1970	+			
Lester & Beck ⁸	1974	+			
Wenz ⁹	1977	+			
Mile ¹⁰	1992			+	
Barker ¹¹	1994	+	+		
Preti ¹²	1997	+			
Jessen et al. ¹³	1999	+			
Yip & Yang ¹⁴	2004	+			

¹ Esquirol: *Des maladies mentales considérées sous les rapports medical, hygiénique et medico-legal.*

² W. N. East: On attempted suicide, with an analysis of 1000 consecutive cases, *Journal of Mental Science*, 1913, 59, 428–437.

³ Piker: Eighteen hundred and seventeen cases of suicidal attempt: a preliminary report, *American Journal of Psychiatry*, 1938, 95, 97–110.

⁴ J. McGeorge: Attempted suicide, *The Medical Journal of Australia*, 1942, 1, 67–75.

⁵ C. F. Schmid – M. D. Arsdol: Completed and attempted suicides: a comparative analysis, *American Science Review*, 1955, 20, 273–283.

⁶ E. S. Shneidman – N. L. Farberrow: *The cry for help*, New York, McGraw-Hill, 1961.

⁷ J. Sendbuehler – B. A. Bland – G. Nemeth: Attempted suicide: some statistical and psychiatric parameters, *Diseases of the Nervous System*, 1970, 31, 59–68.

⁸ D. Lester – A. T. Beck: Suicide in spring: a test of Durheim's explanation, *Psychologica Reports*, 1974, 35, 893

⁹ E. V. Wenz: Seasonal suicide attempts and forms of loneliness, *Psychological Reports*, 1977, 40, 807–810.

¹⁰ V. Milev – D. Mikhov: Attempted suicide by poisoning in the Sofia region, *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, 560–562.

¹¹ A. Barker – K. Hawton – J. Fagg – C. Jennison: Seasonal and weather factors in parasuicide, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165 (3), 375–380.

¹² A. Preti: The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy, *Journal of Affective Disorders*, 1997, 44, 123–130.

¹³ G. Jessen – K. Andersen – E. Arensman – U. Bille-Brahe – P. Crepel – D. De Leo et al.: Temporal fluctuation and seasonality suicide attempts in Europe, *Archives of Suicide Research*, 1999, 5, 57–69.

¹⁴ P. S. Yip – K. C. Yang.: A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong, *Journal of Affective Disorders*, 2004, 81 (3), 251–257.

SZOCIODEMOGRÁFIAI, PSZICHOSZOCIÁLIS TEÓRIÁK

A bioklimatikus magyarázatokkal egy időben, az 1800-as évek második felében végezte korszakalkotó *szociológiai* kutatásait Émile Durkheim,¹⁴ könyve azóta is az öngyilkosság-kutatás kikerülhetetlen alpműve. Ez még akkor is igaz, ha az általa észlelt és értelmezett összefüggések egy részét korrigálták a későbbi idők kutatásai. Durkheim kizárólag szociológiai mozzanatokkal látta magyarázhatónak az öngyilkosságok szezonális változásait is, a bioklimatikus magyarázatot teljesen elvetve megfogalmazta a *szocioökonomikus* teória alapjait. Klasszikus történelmi példákat említ, így megjegyzi, hogy az antik Rómában gyakori volt az öngyilkosság, miként az ősi Indiában is, noha a 19. század végén már mindkét területen kifejezetten alacsony lett, míg az időjárásban, klímában aligha történt érdemi változás. Szerinte a hőmérséklet nem lehet kiváltója az öngyilkosságnak, mert Európa tájain igen eltérőek lehetnek a hőmérsékleti viszonyok, viszont a nappalok tartama mindenütt azonosan meghosszabbodik tavasszal és nyáron. „Ilyenkor legélénkebbek az emberi kapcsolatok, legintenzívebb a társadalmi élet... A nappal pusztá meghosszabbodása valamiképpen nagyobb lendületet, nagyobb sodrást ad a kollektív életnek.” Ilyenkor az emberek korábban kezdik és később hagyják abba a közös tevékenységet, megsokszorozódnak az interperszonális kapcsolatok, jóval több a szociális érintkezés, az érzelmi kapcsolatok ébredéseinek (és kudarcainak) lehetősége, amivel együtt törvényszerűen növekednek a súrlódások, a traumatikus-konfliktuózus események, emelkedik a frusztrációknak fokozottan kitett személyek száma, a krízishelyzetek kialakulásának lehetőségei, melyek emelik az önsértő-pusztító magatartások számát. Durkheimet itt mintha megérintené a pszichológiai mozzanatok lehetősége, azt hangsúlyozza, hogy amikor a szociális aktivitás egy közösségben növekszik, azok, akik elszigetelten és magányosan élnek, nagyobb eséllyel szembesülnek saját helyzetükkel és ezt követően öngyilkossági gondolatoktól szenvednek. Az az energia és aktivitás, melyet mások mutatnak tavasszal, provokációként hathat az öngyilkosságot fontolgató egyénre, élesebb lesz a kontraszt a saját állapot, elvárás és a környezetben észlelt dinamizmus között.

Tehát a szociális aktivitásra gyakorolt szezonális hatások közvetett módon befolyásolhatják az egyén diszpozícióját arra, hogy egy depressziós epizód megjelenjen, illetve befolyásolhatják azt, hogy az individuum miként birkózik meg olyan pszichológiai stresszel, mint például negatív életesemények, szociogazdasági

¹⁴ Durkheim: *Az öngyilkosság*.

problémák vagy fizikai betegség.¹⁵ Másként fogalmazva a pszichológiai stressz évszak okozta fluktuációja magyarázhatja az öngyilkossági rátákban tapasztalt ingadozást.

A fentebbi elképzelést plasztikus magyarázattal egészíti ki egy hipotézis, melyet Gabennesch¹⁶ dolgozott ki. Eszerint a tavasz negatív befolyása abban áll, hogy ez az az évszak, melyet a legtöbb ember az új kezdettel azonosít. A tavasz nemcsak a jó idő kezdetét jelképezi, hanem asszociációt képez a fiatalsággal és a vitalitással, mélyebb szinten a pszichológiai megújulás szimbolikus megtapasztalását is jelenti.¹⁷ A tavasz gondolata az öngyilkosságot fontolgatók körében hajlamos a reményt vagy a megemelkedett pozitív elvárásokat serkenteni, miszerint, ha a telet kibírják, akkor a tavasz eljövetelével jobban fogják érezni magukat, vagy megszűnik szociális elszigeteltségük és emiatti érzelmi feszültségük.¹⁸ Gabennesch szerint a pszichés trauma akkor következik be, amikor az új évszak kezdetével *nem változnak* az egyén elvárásai, az anticipált „ígéret” nem teljesül be, öszetörik, „ami van, széthull darabokra” – idézhetjük József Attilát. A beteljesületlen elvárásokból fakadó érzések még súlyosabb, esetleg feloldhatatlan hiányérzethez vezethetnek. Az egyén tovább merülhet a kilátástalanság örvényében, az öngyilkossági küszöbszint alá, cselekvésre ösztökélve. A reménytelenség állapota ez, mely, mint kiderült, meghatározóbb az öngyilkossági készletelésben, rizikóban, mint a depresszív hangulat.¹⁹ Gabennesch teóriáját (*broken promises*) kiterjesztette rövidebb időszakokra is. Minden ígéret, remény előtt van egy érzelmi hullámvölgy, melyből reménykedve néz ki a személyiség, s mikor rádöbben, hogy a várt ígéret nem teljesült be, a krízis és az önpusztítás ilyenkor következik be. Nem a reményt tartogató, dajkáló karácsony két napján vagy hétvégén vagy szilveszterkor következik be a tragikus tett, hanem a karácsony utáni napokon, a hét első két napján, és újév napján, mikor a „remények széttörnek”²⁰

¹⁵ Preti: The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy.

¹⁶ H. Gabennesch: When promises fail: A theory of temporal fluctuation in suicide, *Social Forces*, 1988, 67, 129–145.

¹⁷ Massing – Angermeyer: The monthly and weekly distribution of suicide.

¹⁸ D. Lester – M. L. Frank: Sex difference in the seasonal distribution of suicides, *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 115–117.

¹⁹ M. Kovács – A. T. Beck – A. Weissman: Hopelessness: an indicator of suicidal risk, *Suicide*, 1975, 5 (2), 98–103; A. T. Beck – R. A. Steer – J. S. Beck – C. F. Newman: Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993, 23 (2), 139–145.

²⁰ Massing – Angermeyer: The monthly and weekly distribution of suicide; D. Lester: Suicide at Christmas, *American Journal of Psychiatry*, 1984, 142, 6; S. Lester – A. T. Beck: Suicide and national holidays, *Psychological Reports*, 1975, 36, 52; T. Zonda – K. Bozsonyi – E. Veres – D. Lester – M. L. Frank: The impact of holidays on suicide in Hungary, *Omega*, 2008, 58 (2), 153–162.

A két teória jól összecseng, bár Durkheim azon véleménye, hogy télen beszűkülnek a kommunikációk, az élet lassabb, a társas élet redukálódik, s ezért kevesebb a konfliktusforrás, manapság talán revízióra szorulhat, hiszen az elmúlt évtizedekben a kommunikációs lehetőségek parttalanává váltak („okos“ telefon, internet, facebook stb.), olykor már-már visszatetsző mértékben. Ha csökkenni fog a szezonális, vezetői okai között ezt kell majd keresnünk.

Ettől függetlenül, a *pszichoszociális magyarázat* mellett is számos adat szól mind a mai napig. Ha ugyanis kizárólag és egyértelműen bioklimatikus okokkal lenne megmagyarázható az öngyilkosságok gyakoriságának szezonális fluktuációja, akkor azonos módon kellene jelentkeznie minden népességben, annak minden demográfiai csoportjában, vonulatában, viszonylatában. Az ezzel ellentétes megfigyelések száma azonban jelentős.

– *Nemek szerinti szezonális eltérések*

A legtöbb vizsgálat a férfiak körében észlelt kifejezettebb szezonálisitást a befejezett cselekményekre nézve,²¹ míg pár szerző ezt a nemi különbséget nem észlelte,²² megint mások a nőknél láttak kifejezettebb szezonálisitást.²³

Néhány vizsgálat speciális nemi eloszlást tapasztalt: az ismert tavaszi-nyári csúcs mellett egy kisebb őszi csúcs is jelentkezett *a nők körében*,²⁴ de több utánvizsgálat ezt a jelenséget nem tudta megerősíteni.²⁵

– *Korcsoportok szerinti szezonálisitás*

A vizsgálatok *többségében nem találtak korcsoport szerinti eltérést*. Japánban a 14–24 évesek körében gyakrabban láttak egy késő téli-kora tavaszi csúcst, a

²¹ R. McCleary – K. S. Y. Chew – J. Hellsten – M. Flynn-Brandsford: Age- and sex-specific cycles in United States suicides (1973 to 1985), *American Journal of Public Health*, 1991, 81, 1494–1497; R. Meares – F. Mendelsohn – J. Milgrom-Friedman.: A sex difference in seasonal variation of suicide rates: a single cycle for men, two cycles for women, *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 321–325; R. Micciolo – Ch. Zimmermann-Tansella – P. Williams – M. Tansella.: Seasonal variation in suicide: is there a sex difference?, *Psychological Medicine*, 1989, 9, 199–203.

²² T. P. Ho – A. Chao – P. S. F. Yip: Seasonal variation in suicides re-examined? No sex difference in Hong Kong and Taiwan, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 95, 25–31; Kevan: Perspectives on season of suicide: a review; Lester – Frank: Sex difference in the seasonal distribution of suicides.

²³ K. Dreyer: Comparative suicide statistics: II. Death rates from suicide in Denmark since 1921, and seasonal variations since 1835, *Danish Medical Bulletin*, 1959, 6, 75–82; L. I. Dublin: *Suicide: A Sociological and Statistical Study*, New York, Ronald Press, 1963, 56–60.

²⁴ Meares – Mendelsohn – Milgrom-Friedman.: A sex difference in seasonal variation of suicide rates: a single cycle for men, two cycles for women; S. Näyhä: The bi-seasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961–1976, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, 32–42.

²⁵ Flisher – Parry – Bradshaw – Juritz: Seasonal variation of suicide in South Africa; Ho – Chao – Yip: Seasonal variation in suicides re-examined? No sex difference in Hong Kong and Taiwan.

„klasszikus” havi eloszlás a 65 éven felettiekre volt jellemző.²⁶ Ehhez hasonló adatok jelentkeztek Németországban is,²⁷ egy másik felmérés csak az időseknél észlelt őszi halmozódást.²⁸ Különleges földrajzi adottságai miatt érdekes egy alaszakai vizsgálat, amely szerint közel 20 éves időszak alatt az öngyilkossági kísérletekben a csúcs áprilistól augusztusig tartott, a legkifejezettebben a 29 éves és annál fiatalabb korcsoportban.²⁹

– *A kivitelezési módok szezonális különbsége*

Az egyes módszerek eltérő havi halmozódását mutatta ki pár szerző. Barraclough³⁰ szerint a nem szándékos gyógyszermérgezések eseteiben nincs szezonális, míg a szándékos mérgezéseknél májusi csúcs volt észlelhető. Lester utánvizsgálta különböző szerzők eredményeit, és a balesetszerű mérgezésekben is talált egy csúcst (december-január), míg a szuicid szándékú mérgezésekben a tavaszi mellett egy őszi (szeptember-október) csúcs is jelentkezett, a többi kivitelezési módszernél az ismert eloszlás mutatkozott.³¹

– *Földrajzi elhelyezkedés (eltérő kultúrák) szerinti megfigyelések*

Az európai országokban és az USA-ban a „klasszikus” szezonális megoszlás csaknem kizárólagos. Más kultúrákban is ez a gyakoribb, de észlelhető egy-két ettől eltérő adat is. Egy kínai kutatás is szignifikáns tavaszi-kora nyári csúcs, téli minimum eloszlást talált mindkét nemnél, amely hangsúlyozott volt a falusi (vidéki) területeken a fiatalok körében és a *nem violens* kivitelezésben. (Az alábbiakban gyakran említett *violens* öngyilkosság a durva kivitelezésű, biztosan halált okozó eseteket jelenti). A szerzők hangsúlyozzák, hogy adataik az öngyilkosság szezonálisának szociológiai magyarázatát támasztják alá.³² A területi-regionális szezonális eltérések markáns szocioökonómikus, kulturális különbségeket tükröznek. Így például Irán egyes területein júniusi és novemberi

²⁶ E. Takahashi: Seasonal variation of conception and suicide, *Tohoku Experimental Medicine*, 1964, 84, 215–226.

²⁷ R. Danneel: *Jahreszeitlich bedingte Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit bei Jungen und alten Menschen*, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1975, 220, 11–13.

²⁸ H. Hakko – P. Rasanen – J. Tiihonen: Seasonal variation in suicide occurrence in Finland, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98 (2), 92–97.

²⁹ M. L. Silveira – L. Wexler – J. Chamberlain – K. Money – R. M. Spencer – N. G. Reich – E. R. Bertone-Johnson: Seasonality of suicide behavior in Northwest Alaska: 1990–2009, *Public Health*, 2016, 137, 35–43.

³⁰ B. M. Barraclough – S. J. White: Monthly variation of suicide and undetermined death compared, *British Journal of Psychiatry*, 1978, 132, 275.

³¹ D. Lester: Monthly variation of suicidal and accidental poisoning deaths, *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143, 204–205.

³² J. Sun – X. Guo – J. Ma – J. Zhang – C. Jia – A. Xu: Seasonality of suicide in Shandong China, 1991–2009: associations with gender, age, area and methods of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 2011 Dec, 135 (1–3), 258–266.

csúcs jelentkezett az öngyilkossági kísérletekben,³³ míg egy másik területen az ismert megoszlás mutatkozott, de nem mutatkozott kapcsolat az életkorral és az iskolai végzettséggel.³⁴ Ritka adatközlése miatt érdemes egy török kutatás megemlítése: mind a befejezett öngyilkosságok, mind a kísérletek körében észlelték szezonalitást, de nemi eltérés nem volt. A szezonálisban azonban egyedi eredmény született: az egyedülállók és az egyetemisták körében tavaszi csúcs mutatkozott, míg a pszichés problémákkal küzdők inkább ősszel mutattak hajlamot öngyilkosságra, A módszerekben nem találtak szezonalitást.³⁵

– A **városi-vidéki öngyilkosságok** statisztikai eltéréseit már Durkheim is észlelte: a falusi népesség körében a szezonális sokkal kifejezettebb volt, mint a városban lakók között.³⁶ Ezt később többen megerősítették,³⁷ bár az elmúlt évtizedek alatt tapasztaltak ettől eltérő adatokat is (pl. egy USA-beli vizsgálat csak az egymillió lakos feletti városok és a vidéki népesség adatainak összevetésekor találta meg a különbséget.)³⁸ Úgy tűnik, hogy minél kisebb egy adott település lakossága, annál markánsabb a szezonális, ami egyértelműen földrajzi-szociológiai okokkal értelmezhető.

Összecseng ezzel egy *world survey* eredménye: a meghatározóan *agrár jellegű országokban* lényegesen kifejezettebb az öngyilkosságok szezonális, és minél magasabban iparosodott egy adott ország, annál jobban észlelhető egy mérsékelt deszezonalizáció jelentkezése.³⁹

– Számos **demográfiai csoportban** is találtak eltérést. Az USA-ban a *fehérek* között volt észlelhető a tavaszi emelkedés, míg az *afroamerikaiak* körében

³³ M. Moqaddasi – A. Ahmadi – M. Moosazadeh – M. Mirzajani – A. Dehghan: Seasonal Pattern in Suicide in Iran, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Science*, 2015, 9 (3), 842–850.

³⁴ A. Shojaei – S. Moradi – F. Alaeddini – M. Khodadoost – A. Khaderni: The Association between Completed Suicides and Season of the year in an Iranian Population, *Iranian Journal of Public Health*, 2013, 1, 42 (3), 293–297.

³⁵ A. Aydin – M. Gulec – M. Boysan – Y. Selvi – F. Selvi – M. T. Kadak et al.: Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2013, Jun. 17, 110–119.

³⁶ Durkheim: *Az öngyilkosság*; Flisher – Parry – Bradshaw – Juritz: Seasonal variation of suicide in South Africa.

³⁷ L. I. Dublin: *To be or not to be. A study of suicide*, New York, Smith & Hass, 1933, 85–92; R. Micciolo – C. Zimmermann-Tansella – P. Williams – M. Tansella: Geographical variation in the seasonality of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 1988, 15, 163; R. Micciolo – P. Williams – C. Zimmermann-Tansella – M. Tansella: Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence, *Journal of Affective Disorders*, 1991, 21, 39–43.

³⁸ D. Lester – M. L. Frank: The seasonal variation in urban and rural areas: comment on Micciolo, Zimmerman-Tansella, William and Tansella, *Journal of Affective Disorders*, 1990, 19, 171.

³⁹ Chew – McCleary: The seasonality of suicides: a world survey.

nem.⁴⁰ A *családi állapot* szerinti szezonális effektust is több vizsgálat érintette. A házasoknál nyári-téli, a nem házasok körében inkább tavaszi-téli fluktuációt találtak.⁴¹ A kérdés multikauzálisát jól tükrözi, hogy Ausztráliában a maximum hőmérséklet, a munkanélküliségi ráta, a bennszülöttek aránya és az alacsony személyi jövedelem mutatott szignifikánsan pozitív kapcsolatot az öngyilkosságokkal egy vizsgálaton belül.⁴² Társadalmi hatások mellett szól a *háborúk és katasztrófahelyzetek* idején bekövetkező kifejezett szezonális amplitúdó-csökkenés.⁴³ Kizárólag az eltérő kultúra létével magyarázható, hogy Kínában ugyan észlelhető a markáns tavaszi-téli fluktuáció, de minden más paraméter eltér az európaiótól.⁴⁴ Iránban eltérő szezonalitást találtak: márciusi és júliusi csúcs, áprilisi minimum, a férfi–nő arány 1,9:1, a női áldozatok a 13–19 éves korcsoportból kerültek ki, vezető módszer a mérgezés (gyógyszer vagy pesticid) volt.⁴⁵ Nehéz azt is értelmezni, hogy egyes speciális populációkban (katonaság, börtönben lévő elítéltek) miért nem működnek a bioklimatikus (szezonális) hatások.⁴⁶

Két *metaanalízis* adatait indokolt még idéznünk. Az egyik felmérés az öngyilkossági *kísérletek* szezonálisáról szóló kutatásokat vizsgálata. A szerzők 16 országból 29 tanulmányt értékelték. Felmérésük szerint különböző szezonális mintákat találtak, de a leggyakoribb a tavaszi és nyári gyakoriság volt. Nyolc közlemény mutatott ki nemi különbséget, három az alkalmazott módszerben, három vizsgálat viszont egyáltalán nem talált szezonalitást.⁴⁷ Egy másik metaanalízis

⁴⁰ F. V. Wenz: Effects of seasonal and sociological variables on suicidal behaviour, *Public Health Reports*, 1997 (May), 92 (3), 233–239; Lester – Frank: Sex difference in the seasonal distribution of suicides.

⁴¹ Wenz: Effects of seasonal and sociological variables on suicidal behaviour.

⁴² X. Qi – S. Tong – W. Hu: Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and suicide, *Environmental Health*, 2009, 1, 8, 46, doi: 10.1186/1476-069X-8-46.

⁴³ Durkheim: *Az öngyilkosság*; P. O'Malley: Suicide and war: a case study and theoretical appraisal, *British Journal of Criminology*, 1975, 15, 348–355; S. J. Rojewicz: War and suicide, *Suicide of Life-Threatening Behaviour*, 1971, 1, 46–50.

⁴⁴ J. Zhang – Q. Gao – C. Jia: Seasonality of Chinese rural young suicide and its correlates, *Journal of Affective Disorders*, 2011, 134 (1–3), 356–64; J. Sun – X. Guo – J. Ma – J. Zhang – C. Jia – A. Xu: Seasonality of suicide in Shandong China, 1991–2009: associations with gender, age, area and methods of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 2011 Dec, 135 (1–3), 258–266.

⁴⁵ M. Ghazi-Khansari – S. Oreizi: A prospective study of fatal outcomes of poisoning in Tehran, *Veterinary and Human Toxicology*, 1995 Oct, 37 (5), 449–452.

⁴⁶ M. Joukamaa: Prison suicide in Finland, 1969–1992, *Forensic Science International*, 1997, 89, 167–174; Molnár K.: *Inkább végzek magammal. Öngyilkosságok a hadseregben*, Budapest, Nótárius Könyvkiadó, 1993; G. Schreiber – A. Dycian – Z. Kaplan – A. Bleich: A unique monthly distribution of suicide and parasuicide through firearms among Israeli soldiers, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, 110–113.

⁴⁷ D. G. Coimbra – D. de Siqueira Figueredo et al.: Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis, *Journal Affective Disorders*, 2016,

az 1979 és 2009 között megjelent közleményeket értékelte. A legtöbb kutatás megerősítette a tavaszi csúcst, a férfiak, az idősök dominanciáját és a violens kivitelezést. Egy második, őszi csúcst is találtak; a nem violens módszerekben viszont nem jelentkezett szezonálisitás.⁴⁸

Az utóbbi évtizedben megjelentek olyan felmérések, melyek szerint az öngyilkosságok szezonálisitása csökkenőben van, sőt megszűnése várható.⁴⁹ Viták is kialakultak e témában, de az utánvizsgálatok többsége a deszezonalizáció létét nem látta bizonyíthatónak. Egyes felmérések egyenesen a szezonálisitás markánsabbá válását találták az USA-ban⁵⁰ és Ausztráliában.⁵¹ Ez utóbbiak szerzői megállapítják, hogy az öngyilkosság és különösen a violens öngyilkosságok jellegzetes szezonális ritmust mutatnak, melyek „éles ellentétben állnak egyes európai megállapításokkal”.

Felmerült az új *antidepresszánsok* megjelenésének szerepe is a szezonálisitás csökkenésének okaként, de az antidepresszáns-fogyasztást kizárólag *aggregált adatokon* vizsgálták, mely elemzések validitása kérdéses.⁵²

– *Egyértelműen pszichoszociális* értelmezés fogadható el számos, többszörösen megerősített jelenség kapcsán is. Így *nem utal* szezonális hatásra az öngyilkosságok eloszlása a *hét napjai* szerint. Már Durkheim⁵³ leírta, hogy a hét első napján történik a legtöbb öngyilkosság, kortársa, Guerry is jelezte: „Szombatvasárnap kevesebb, hétfő-kedd legmagasabb valószínűleg azért, mert az ünnepnapok élvei után a nyomor és kijózanodás annál súlyosabb”.⁵⁴

15, 196, 125–137.

⁴⁸ Christodoulou – Douzenis – Papadopoulos – Papadopoulou – Bouras – Gournellis – Lykouras: Suicide and seasonality.

⁴⁹ J. G. Bramness – F. A. Walby – G. Morken – J. Røislien: Analyzing Seasonal Variations in Suicide With Fourier Poisson Time-Series Regression: A Registry-Based Study From Norway, 1969–2007, *American Journal of Epidemiology*, 2015 Aug 1, 182 (3), 244–254; V. Ajdacic-Gross – M. Bopp – M. Ring – F. Gutzwiller – W. Rossler: Seasonality in suicide – A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena, *Social Science and Medicine*, 2010, 71 (4), 657–666; P. S. F. Yip – A. Chao – C. W. F. Chiu: Seasonal variation in suicides: iminished or vanished, (Experience from England and Wales, 1982–1996), *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 366–369.

⁵⁰ F. S. Bridges – P. S. Yip – K. C. Yang: Seasonal changes in suicide in the United States, 1971 to 2000, *Perceptual and Motor Skills*, 2005, 100 (3), 920–924.

⁵¹ D. Rock – D. M. Greenberg – J. F. Hallmayer: Increasing seasonality of suicide in Australia 1970–1999, *Psychiatry Research*, 2003, 30, 120 (1), 43–51.

⁵² B. Default – N. Klar.: The quality of modern cross-sectional ecologic studies: A Bibliometric Review, *American Journal of Epidemiology*, 2011, 74 (10), 1101–1107; Kmetty Z. – Bozsonyi K. – Zonda T.: A magyar öngyilkossági adatok ökológiai vizsgálata komplex statisztikai módszerekkel, *Psychiatria Hungarica*, 2016, 31, 5–14.

⁵³ Durkheim: *Az öngyilkosság*.

⁵⁴ Guerry: *Statistique morale de l'Angleterre comparée avec la statistique morale de la France, d'après les comptes de l'administration de la justice criminelle en Angleterre et en France*.

A jelenség – mint említettük – mind a mai napig fennáll. Hétfői (keddi) maximumot és hétfévi minimumot találtak Alsó-Szászországban,⁵⁵ hasonlóak a szlovén,⁵⁶ a német,⁵⁷ a japán,⁵⁸ az írországi⁵⁹ és a litván⁶⁰ adatok is. Izraelben a sorkatonák körében is a hétfői nap mutat kiugró számot, míg a nőknél és a hivatásos katonák körében nem.⁶¹ Hazai vonatkozásban is hét eleji (túlnyomórészt hétfői) halmozódást találtak.⁶² Egy hosszú távú elemzés is ezt tudta megerősíteni: a 30 éves idősor és a nagy esetszám vizsgálata szerint is úgy a férfiak, mint a nők körében a legtöbb öngyilkosság hétfőn történik, a gyakoriság egyenletesen csökken a következő napokban, és hétfévégén van a legkevesebb, ami egyértelműen a már említett *broken promises effectus* érvényessége mellett szól.⁶³ Ugyanakkor az USA-ban és Kanadában azt figyelték meg, hogy a *hideg hőmérsékletű hetekben* csökken a végzetes öngyilkosságok száma, míg *a meleg hetekben emelkedik*.⁶⁴

Konzekvens hatás figyelhető meg a különböző *prominens napokon* (egyházi, nemzeti ünnepek, rendezvények, USA-beli elnökválasztások), amikor is az öngyilkosságok száma csökken, majd közvetlenül az ünnepek utáni napokon növekszik, mintha az önkezü halálra elszántak „elhalasztanák” cselekményük végrehajtását.⁶⁵

– **A gazdaság élet javulása, illetve romlása** is egyik meghatározója az öngyilkosság-gyakoriság változásainak. Csökkentő hatás figyelhető meg a gazdasági

⁵⁵ Massing – Angermeyer: The monthly and weekly distribution of suicide.

⁵⁶ Onja T. Grad (ed.): *How to reduce suicide in Slovenia*, WHO Regional Office for Europe, 1998.

⁵⁷ A. Schmidtke: Suicidal behaviour on railways in the FRG, *Social Science and Medicine*, 1994, 38, 419–426.

⁵⁸ J. W. Nakamura – C. R. McLeod – J. F. McDermott: Temporal variation in adolescent suicide attempts, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 24, 343–349; M. Nishi – H. Miyake – H. Okamoto – Y. Goto – T. Sakai: Relationship between suicide and holidays, *Journal of Epidemiology*, 2000, 10 (5), 317–320.

⁵⁹ P. Corcoran – M. Reilly – A. Salim – A. Brennan – H. S. Keesley – I. J. Perry: Temporal variation in Irish suicide rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, 34 (4), 429–438.

⁶⁰ R. Kalediene – J. Petrauskine: Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2004, 34 (2), 138–146.

⁶¹ I. Weinberg – G. Lubin – M. Sushkevich – Z. Kalan: Elevated suicide rates on the first workday: a replication in Israel, *Death Studies*, 2002, 26 (8), 681–688.

⁶² Központi Statisztikai Hivatal: *Az öngyilkossági események alakulása Magyarországon 1959–63*, Budapest, 1964.

⁶³ T. Zonda – K. Bozsonyi – E. Veres: Seasonal fluctuation of suicide in Hungary 1970–2000, *Archives of Suicide Research*, 2005, 9, 77–85.

⁶⁴ P. Dixon – A. McDonald – K. Scheitlin et al.: Effects of temperature variation on suicide in five U.S. counties, 1991–2001, *International Journal of Biometeorology*, 2007, 51, 395–403.

⁶⁵ Kevan: Perspectives on season of suicide: a review; D. P. Phillips – J. Liu.: The frequency of suicides around major public Holidays: Some surprising findings, *Suicide Life-Threatening Behavior*, 1980, 10, 41–50; D. P. Phillips – J. S. Wills: A drop in suicides around major national holidays, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1987, 17 (1), 1–12.

prosperitás, emelkedés, de a gazdasági depresszió idején is.⁶⁶ Ezen mozgások mechanizmusa Durkheim tételeit igazolja, miszerint az öngyilkos ciklusok intenzitása összefügg az egyéb szociális tevékenységek ciklicitásával is, például a mezőgazdaság tevékenységével, mivel a vidéki élet kollektív intenzitása ingadozik az évszakoknak megfelelően.⁶⁷ A szezonális nagyobb a vidéki, rurális területeken, mint a városi régiókban.⁶⁸ Az ipari foglalkoztatás az urbanizált régiókban megszünteti a kapcsolatot a munka és az évszakok között, ami a közösségi élet intenzitását és az öngyilkosság jelentkezését „elsimítja”, kiegyenlíti az évek során. Az agráriumban dolgozók szezonális viszonya jóval erősebb, a természettel sokkal szorosabb (kényszerítőbb) a kapcsolatuk, míg a városi ember lényegesen közömbösebb (immunis) a szezonális ciklusok iránt.⁶⁹ Így az iparosítás megszünteti, alterálja a hagyományos falusi társadalmat, csökkenheti az éves öngyilkossági szezonális ciklicitást.⁷⁰ Ennek ellenére vannak vegyes és ellenmondásos tapasztalatok az urbanizált népesség öngyilkossági rátái között is.⁷¹

Egy friss, igen nagy szerzőgárdával és adatbázissal dolgozó tanulmány 29 európai országból gyűjtött adatokkal dolgozott (öngyilkossági, munkanélküliségi ráták, klimatikus adatok). Arról számoltak be, hogy 2000 és 2012 között az öngyilkossági ráták alakulásában az éghajlati hatás (hideg éghajlat) *erősebb, mint a gazdasági*, de mindkettő jelen van. Úgy tűnik, hogy az európai öngyilkossági ráták követik a klímatis/hőmérsékleti trendet, amely érdekes módon nem délről északra, hanem délről észak-kelet felé terjed. A tanulmány az első, a szerzők által sikeresnek mondott kísérlet az európai országok öngyilkossági rátái közötti különbségek magyarázatára, noha több metodikai probléma fogalmazható meg, amit a szerzők is jeleznek. Vizsgálatuk szerint a gazdasági és éghajlati változók tehát szoros összefüggésben vannak az öngyilkosságok alakulásával az egész

⁶⁶ S. Näyhä: Autumn incidence of suicides re-examined data from Finland by sex, age and occupation, *British Journal Psychiatry*, 1982, 141, 512–517; K. Abe – K. Egashita – T. Suzuki: Suicide seasonality and economic growth, *Stress Medicine*, 1986, 2, 79–86; S. Araki – K. Murata: Suicide in Japan: socioeconomic effects on its secular and seasonal trends, *Suicide Life-Threat Behavior*, 1987, 17, 64–71.

⁶⁷ Durkheim: *Az öngyilkosság*.

⁶⁸ Micciolo – Williams – Zimmerman-Tansella – Tansella: Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence.

⁶⁹ Chew – McCleary: The seasonality of suicides: a world survey.

⁷⁰ V. Ajdacic-Gross – M. Bopp – R. Sansossio et al.: Diversity and change in suicide seasonality over 125 years, *Journal Epidemiology and Community Health*, 2005, 59, 967–972.

⁷¹ A. Shah: A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and urbanization, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38, 714–719.

európai kontinensen, különösen a férfiaknál. Az éghajlati hatás mindkét nemnél erősebbnek mutatkozott, mint a gazdasági, de a nőknél az éghajlati hatás relatíve még erősebb is volt.⁷²

ÚJABB BIOMETEOROLÓGIAI HIPOTÉZISEK

A bevezetésben röviden érintett „klasszikus” bioklimatikus megfigyelések (Morselli, Ferri, Lombroso) a kor technikai adottságai miatt nem vihettek messzire az okok megismerésében. A biológia, informatika és meteorológia elméleti és technikai lehetőségeinek ugrásszerű fejlődése tette lehetővé a 20. század második felétől az öngyilkosság-gyakoriság szezonális fluktuációjának további vizsgálatát. Meteorológiai szempontból ez azt jelentette, hogy lehetővé vált igen sok klimatikus paraméter folyamatos megfigyelése és rögzítése regionális-lokális jelleggel, hosszú időtartamra (légnyomás, felhősödés, légszennyezés, geomagnetikus aktivitás, solar aktivitás, nedvesség [min-max, átlag], csapadék [min-max, átlag], napfény-sugárzás ideje, napi világosság [fény mennyiség-tartam], hőmérséklet [min-max, átlag] szél erősség stb.). Mindezen paraméterek feltételezett szerepét számos szervi eltérés, betegség eseteiben vizsgálták és vizsgálják ma is (pl. migrén, sclerosis multiplex, stroke, coronária betegségek, asztma, mortalitási adatok).⁷³ Viszonylag kevés vizsgálat történt a meteorológiai, szezonális hatások és egyes mentális állapotok feltételezett összefüggéseit felderítendő. A hangulat-zavarok és az öngyilkos viselkedés (kísérlet, befejezett cselekmény) feltételezett kapcsolatát alig vizsgálták. A fentebb említett meteorológiai paraméterek és az öngyilkossági gyakoriság között hol pozitív, hol negatív összefüggéseket találtak, gyakoribb volt azonban az összefüggések hiánya, melyek mögött az eltérő és hibás metodikák és a hiányos adatbázisok is felelőssé tehetők. Jogos a summázat, miszerint az időjárási változók hatása az öngyilkosságra dokumentálható,

⁷² K. N. Fountoulakis et al.: Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012, *Annales of General Psychiatry*, 2016, 15, 19, 1–6.

⁷³ E. A. Deisenhammer: Wether and suicide: the present stater of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108, 402–409; H. Hakko: *Seasonal variation of suicides and homicides in Finland with special attention to statistical techniques used in seasonality studies*, 2005 (Dissertation). <http://herkules.oulu.fi/isbn9514256042/html/x335.html> (Letöltés: 2018. január 22.)

de még mindig kevés az összhang a legtöbb tanulmány eredménye között.⁷⁴ Az eddigi eredmények azonban fontosak lehetnek az öngyilkosság-megelőzési stratégiák kialakításában.⁷⁵

HAZAI VIZSGÁLATOK

Úgy véljük, hogy pár sor erejéig indokolt egy igen rövid kitérőt tenni – kissé eltávolodva szorosán vett témánktól –, és a hazai bioklimatikai (biometeorológiai) kutatások egy-két jeles kutatóját megemlíteni, csak a 20. századra korlátozva.⁷⁶

A biometeorológia a 20. század elején hazánkban még az agrometeorológia része volt, a kutatások annak keretében folytak, de az 1920-1930-as években önálló szakterületté vált a meteorológiában. Többnyire orvosok művelték, s a kutatások a gyógy-, illetve az üdülőhelyek klímaviszonyainak értékelésére szorítottak. A két világháború között Belák Sándor, a debreceni Tisza István Egyetem kórélettan professzora végzett újszerű orvometeorológiai vizsgálatokat. Több közleményt írt e tárgykörben, és a napsugárzás élettani hatásait tárgyaló cikkeit úttörő jellegűnek jelzi az irodalom, de a pszichés hatásokat illetően érdemi, illetve újszerű megállapításokat nem tett.

Kiemelkedő volt Kérdő István tevékenysége. 1952-től az ORFI főorvosa, a meteorobiológiai osztály vezetője, az Országos Gyógyfürdőügyi Igazgatóság főigazgató helyettese volt. Elsősorban a vegetatív idegrendszer regulációját vizsgálta. Új módszert dolgozott ki a vegetatív idegrendszeri eltérések vizsgálatára, az ún. Kérdő-féle *frontérvérzékenységi teszt* ma is használatos, bár egy-két szempontból túlhaladta már a modern tudomány.

A pszichés eltéréseket a meteorológia tudománya felől megközelíteni igyekvő tudósok közül – témánkat illetően – szükséges megemlíteni Örményi Imre meteorológus tudományos munkásságát, melyet igyekszünk igen röviden ismertetni, már csak azért is, mert kutatásai helyenként összecsengenek a legújabb

⁷⁴ Dixon – McDonald – Scheitlin et al.: Effects of temperature variation on suicide in five U.S. counties, 1991–2001.

⁷⁵ P. G. Dixon – M. Sinyor – A. Schaffer – A. Levitt – Ch. R. Haney – K. N. Ellis – S. C. Sheridan: Association of weekly suicide rates with temperature anomalies in two different climate types, *International Journal of Environmental Research*, 2014, 11 (11), 11627–11644; H. Müller – T. Biermann – S. Renk – U. Reulbach – A. Strobel – J. Kornhuber – W. Sperling: Higher environmental temperature and global radiation are correlated with increasing suicidality – a localized data analysis, *Chronobiology International*, 2011, 28 (10), 949–957.

⁷⁶ Törő Klára (szerk.): *Az éghajlatváltozás hatásai az emberi szervezetre*; Boussoussou Nóra – Boussoussou Melinda – Nemes Attila: Az orvometeorológia történeti áttekintése – új horizont a preventív medicina területén, *Orvosi Hetilap*, 2017, 158, 5, 187–191.

tudományos kutatások eredményeivel. Munkatársaival a talajon 22 különböző eredetű légtömeget és ezzel együtt a magasban 30 légtömeget különböztettek meg. A 93 meteorológia tényezővel végzett vizsgálatuk alapján 31,2%-ban kaptak szignifikáns eredményt, amivel kapcsolatosan ezt írták: „ez a tény engedi meg számunkra, hogy a halálos végű öngyilkosságokat az erős meteorotrópiát mutató jelensége közé soroljuk”.⁷⁷

Ma úgy látjuk, hogy amikor csak a talajmenti levegőfajtákat nézték, és nem foglalkoztak a magasban zajló folyamatokkal, akkor a szárazföldi mérsékelt és a tengeri meleg levegőfajtákban volt szignifikánsan több öngyilkosság. Ezek önmagukban nem biológiailag aktív levegőfajták, ezért újabb vizsgálatoknak vetették alá őket. Ha kihagyták azokat az eseteket, amikor föléjük a magasba friss szubtrópusi levegő áramlott, máris nem volt szignifikáns a kapcsolat, sőt akár szignifikánsan kevesebb eset fordult elő. Ha kizárólag a magasban érkező légtömegeket nézték, és nem foglalkoztak a talajon található légtömeggel, csak a szubtrópusi fajták váltották ki az emelkedett esetszámot (szárazföldi trópusi, azóvi eredetű trópusi és szubtrópusi légtömeg).

A hosszú hideg periódus után a magasban beáramló szubtrópusi levegőfajták hatékonysági rangsora: legaktívabb az azóvi eredetű trópusi, majd a kevert szubtrópusi, aztán a földközi-tengeri, a szaharai és végül a szárazföldi szubtrópusi levegő. A vizsgálatok eredményei határozottan bizonyítják, hogy a halálos kimenetelű öngyilkosságok esetében a szubtrópusi levegő hosszabb hideg periódus után történő, nagy magasságokban való felsiklása a legerősebb biotróp tényező. Ha a szubtrópusi légtömeg különböző talajmenti légtömegek fölé kerül (szárazföldi mérsékelt, fekete-tengeri mérsékelt és tengeri meleg levegő), ezek a légtömegtípusok csak látszólag mutatnak hatékonyságot.

Az elmúlt évtizedekben történt egy-két vizsgálat az öngyilkosságok szezonális fluktuációjának jobb megértése irányában is. A vizsgálatok előnye az igen hosszú időszak és az ebből adódó magas mintaszám. További szerencsés mozzanat, hogy a meteorológiai adatrögzítés minősége és mennyisége lényegesen pontosabbá vált, így a hosszú távú statisztikai elemzések validitása is. Az öngyilkossági adatok pontossága és számos új változó vizsgálatának lehetősége is hozzájárult az összefüggések differenciáltabb vizsgálatához.

A hazai szakirodalomban megjelent néhány igen nagy adatbázist és időszakot használó kutatás egyértelműen megerősítette a már előzőleg jelzett szezonális fluktuációt. Több demográfiai szempont szerinti bontásban is lehetővé vált az összefüggéseket vizsgálni. Hazai viszonylatban a nők körében nem jelentkezett

⁷⁷ Örményi I. – Kérdő I. – Takácsy L. – Suizhovszky Gy. – Kenyeres I.: Vizsgálatok az öngyilkosságok meteorológiai összefüggéseiről, *Morphológiai és Igazságügyi Orvosi Szemle*, 1972, 12, 4, 270–276.

egy második, kisebb őszi csúcs. Az országos rátacsökkenés (1988–2000) utáni időszakban két évig mérsékelt fokú „deszezonalizáció” jelentkezett, de kizárólag a 29 éves alatti korcsoportban. A jelenséget a szerzők a fiatalok körében észlelt kiemelkedően magas esetszámcsökkenéssel önmagában magyarázhatónak tartják.⁷⁸ Egy másik kutatócsoport magasabb öngyilkossági gyakoriságot talált meleg időben, alacsony relatív nedvesség mellett, ami azt jelzi, hogy az öngyilkosságok száma emelkedik a száraz anticiklonnal jellemzett időben.⁷⁹

MODERN METEOROBOLÓGIAI KUTATÁSOK

Évtizedek teltek el, míg a bioklimatika a bizonytalan eredmények sorozata után egy olyan összefüggést talált az öngyilkosságok és az időjárási jelenségek között, mely a valós kapcsolat alapos gyanúját vetette fel, noha számos részletkérdés még bizonyításra vár. A megszorodott és szofisztikált vizsgálatok lehetősége a mindkét tudományágban bekövetkezett robbanásszerű technikai fejlődés eredményének tudható be.

A modern módszerekkel végzett, újabb bioklimatikus vizsgálatok csaknem mindegyike szerint két meteorológiai faktor bizonyult közel minden esetben hatékonynak: a *külső hőmérséklet* és a *napsugárzás mennyisége*. Még ma sem tisztázott kellőképpen, miszerint a két klimatikus jelenség milyen utakon idéz elő fiziológiai hatásokat az emberi szervezetben.

A napfény, illetve a hőmérséklet hatásának és az öngyilkossági rátáknak az összefüggését először egy francia szerzőcsoport vetette fel, mely azt állapította meg, hogy a napfénytartam és a külső hőmérséklet erősebb hatást mutatott, mint a különböző szocioökonómikus faktorok.⁸⁰ Hasonló eredményre jutottak görög szerzők is, akik szintén hangsúlyozták a biogén aminok, főként a melatonin szerepét.⁸¹ Az utóbbi évtizedekben azonban a *serotonin* (ingerületátvivő amin) szerepe került az érdeklődés középpontjába.⁸² A serotonin kiemelt kutatása

⁷⁸ Zonda T. – Bozsonyi K.: A magyarországi öngyilkosságok szezonálisitásának kérdései, *Szenvedélybetegségek*, 2001, IX, 2, 133–141; T. Zonda – K. Bozsonyi – E. Veres: Seasonal fluctuation of suicide in Hungary 1970–2000.

⁷⁹ Törő K. – Dunay Gy. – Bartholy J. – Pongrácz R. – Kis Z. – Keller E.: Relationship between suicidal cases and meteorological conditions, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2009, 16 (5), 277–279.

⁸⁰ E. Souétre – T. Wehr – P. Douillet – G. Darcourt: Influence of environmental factors on suicidal behavior, *Psychiatry Research*, 1990, 32, 253–263.

⁸¹ E. Petridou – F. C. Papadopoulos – C. E. Frankakis – A. Skalkidou – D. Trichopoulos: A role of sunshine in triggering of suicide, *Epidemiology*, 2002, 13, 106–109.

⁸² T. D. Brewerton: Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 1995, 20 (6), 561–590; M. Maes – P. Cosyns – H. Y.

azért is tűnt és tűnik indokoltnak, mert az *endogén depressziók* élettanában elsődleges szerepet játszik, és az öngyilkosságok háttérében gyakran állnak súlyos depresszív zavarok, a két jelenség között észlelt szezonális kapcsolat feltételezése indokolt. Az öngyilkosságok számában megfigyelt szezonális aszimmetria tehát arra mutat, hogy kapcsolat áll fent a specifikus meteorológiai tényezők (mint például a fény mennyisége) ingadozása, valamint a cirkaanuális ritmusokat irányító és a hangulatszabályozó rendszerek között.⁸³

Jelen tudásunk szerint – mint jeleztük – a depressziók esetében a szerotonin a legtöbbet vizsgált anyag, amely, úgy tűnik, minden viselkedési zavarban meghatározó helyet képvisel: az impulzív, agresszív magatartáson túl az evészavarok, szorongás, kényszerbetegség, egyes testi tünetek időszakos változása, jelentkezése, neuroendokrin és vaszkuláris zavarok, testhőmérséklet regulációja eseteiben is. (Jelentősége már-már túlhangsúlyozottnak is tűnik, talán jogos egy szerző szarkasztikus kérdése: „A szerotonin vezérli az egészséget, vagy más történések a szerotonint?”⁸⁴)

Moffitt és munkatársai első ízben vizsgálták meg *népesség szinten* a vérben lévő szerotoninszintet és megállapították, hogy az szignifikánsan magasabb a violens karakterű férfiaknál, mint a nem violenseknél.⁸⁵ Mások több klimatikus faktort vizsgáltak öngyilkosságban, balesetben és nem meghatározott ok miatt elhaltak esetében, valamint a gyilkosságot elkövető személyeknél 1969 és 1984 között. A *hőmérséklet* és a *napsugárzás tartama* kifejezetten pozitív kapcsolatot mutatott a violens öngyilkosokkal, míg a nem violens okokból elhaltaknál (a nem violens öngyilkosokat is ideértve) ez a kapcsolat nem jelentkezett.⁸⁶ A violens öngyilkosságok és a havi napfény mennyiség közötti pozitív kapcsolatot többen

Meltzer – E. De-Meyer – D. Peeters: Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide, *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150 (9), 1380–1392; T. E. Moffitt – G. L. Brammer – A. Caspi – J. P. Fawcett – M. Raleigh – A. Yuwiler – P. Silva: Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study, *Biological Psychiatry*, 1998, 15, 43 (6), 446–457; P. Linkowski – F. Martin – V. De Maertelaer: Effect of some climatic factors on violent and nonviolent suicides in Belgium, *Journal of Affective Disorders*, 1992, 25, 161–166; G. Lambert – C. Reid – D. Kaye – G. Jennings – M. Esler: Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight, *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160 (4), 793–795.

⁸³ H. Hakko: *Seasonal variation of suicides and homicides in Finland with special attention to statistical techniques used in seasonality studies.*

⁸⁴ Brewerton: Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders.

⁸⁵ Maes – Cosyns – Meltzer – De-Meyer – Peeters: Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide, 1380–1392; Moffitt – Brammer – Caspi – Fawcett – Raleigh – Yuwiler – Silva: Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study.

⁸⁶ Linkowski – Martin – De Maertelaer: Effect of some climatic factors on violent and nonviolent suicides in Belgium.

megfigyelték, míg a nem violensek körében ez a hatás nem volt bizonyítható.⁸⁷ A nem violens öngyilkossági módszerek viszont negatívan korrelálnak a meg-növekedett napfénnel és hőmérséklettel, a női öngyilkosságok tehát nincsenek kimutatható összefüggésben az éghajlati indikátorokkal.⁸⁸

A szerotonin metabolitoknak (5-HIAA) az agyvízben mért alacsonyabb szintje,⁸⁹ a csökkent szerotonintranszporter-kötések (5-HTT binding) az agyban, illetve a vérlemezkékben konzekvensen kapcsolatban álltak az öngyilkos ideációkkal, impulzivitással és a befejezett öngyilkosságokkal.⁹⁰

Nagy előrelépést jelentett a modern képalkotó vizsgálatok bevonása (PET, SPET) és a jelzett molekulák vizsgálata élőben. Kimutatható lett, hogy az 5-HT (szerotonin) kötések szignifikánsan csökkentebb számban vannak jelen a violens személyek középgyágában, mint az egészséges kontrollokéban, vagy a nem violens alkoholistákéban. Az eredmények azt is mutatták, hogy a habituálisan impulzív magatartású férfiakban csökkent a szerotonintranszporter-sűrűség.⁹¹

A major depresszív zavarban kifejezetten csökkennek az 5-HT_{1A} receptor kötőhelyek a frontális, temporális és limbikus agyi területekben egyaránt.⁹² Egy

⁸⁷ Lambert – Reid – Kaye – Jennings – Esler: Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight; M. Maes – F. De Meyer – P. Thompson – D. Peeters – P. Cosyns: Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90, 391–396; H. C. Lin – C. S. Chen – S. Xirasagar – H. C. Lee: Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study, *Neuropsychobiology*, 2008, 57 (1–2), 32–7; B. Vyssoki – N. D. Kapusta – N. Prashak-Rieder – G. Dorffner – M. Willeit: Direct effect of sunshine on suicide, *JAMA Psychiatry*, 2014, 71 (11), 1231–1237.

⁸⁸ A. Preti – P. Miotto: Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy, *Psychiatry Research*, 1998, 81, 219–231.

⁸⁹ J. J. Mann – K. M. Malone – D. J. Diehl – J. Perel – T. B. Cooper – M. A. Mintun: Demonstration in vivo of reduced serotonin responsivity in the brain of untreated depressed patients, *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153 (2), 174–182; J. J. Mann – K. M. Malone: Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients, *Biological Psychiatry*, 1997, 41 (2), 162–171.

⁹⁰ E. F. Coccaro – L. J. Siever – H. M. Klar: Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour, *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 587–599; J. Tiihonen – J. T. Kuikka – K. A. Bergström – J. Karhu – H. Viinamäki et al.: Single-photon emission tomography imaging of monoamine transporters in impulsive violent behavior, *European Journal of Nuclear Medicine*, 1997, 24, 1253–1260; J. Callaway – M. Storvik – P. Halonen – H. Hakko – P. Räsänen – J. Tiihonen: Seasonal variations in [3H] citalopram platelet binding between healthy controls and violent offenders in Finland, *Human Psychopharmacology*, 2005, 20 (7), 467–472.

⁹¹ Tiihonen – Kuikka – Bergström – Karhu – Viinamäki et al.: Single-photon emission tomography imaging of monoamine transporters in impulsive violent behavior, 1253–1260.

⁹² P. A. Sargent – K. H. Kjaer – C. J. Bench – E. A. Rabiner – C. Messa – J. Meyer et al.: Brain serotonin_{1A} receptor binding measured by positron emission tomography with [11C] WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment, *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57 (2), 174–180.

fontos kutatás szerint a szerotonintranszporter-kötések lehetséges értékei változnak az évszakok szerint. Mivel a magasabb szerotonintranszporter-sűrűség összefügg az *alacsonyabb szinaptikus szerotonin-szinttel*, ez a szezon által befolyásolt szerotonintranszportersűrűség-szabályozás eddig le nem írt élettani mechanizmusa, amely képes megmagyarázni a normális és a kóros viselkedések szezonális változásait.⁹³

Egy nagy osztrák mintán a havi napfényes órákkal és öngyilkosszámmal dolgoztak. Vizsgálatuk szerint a napfény a szerotoninrendszeren keresztül trigger hatást kifejtve emeli az impulzivitást és elősegítheti az önsértő (szuicid) magatartást.⁹⁴ Vizsgálatukban azonban nem vették figyelembe a *szezonális trendhatást*, így eredményük nem volt validnak tekinthető. Utánvizsgálataikban a hibát korrigálták, konklúziójuk szerint a napsütés időtartama szignifikáns korrelációt mutatott az öngyilkosság gyakoriságával, függetlenül a szezontól, de a hatás mértéke alacsony.⁹⁵

Egy másik populáció vizsgálata magasabb öngyilkossági letalitást talált azoknál az egyéneknél, akiket SSRI-vel kezeltek, összehasonlítva azokkal, akik más vagy semminemű depresszió elleni kezelést nem kaptak. Ez a jelenség markánsabban jelentkezett a férfiaknál erőszakos módszerek használata esetén és azoknál, akiknél nem volt kórházi kezelés az előzményekben. Véleményük szerint vizsgálatauk megerősíti a szezonális öngyilkosságok szerotonerg hipotézisét és feltételezi az SSRI-vel kezelt betegek természetes szezonális érzékenységet, ami további kutatásokat igényel.⁹⁶ Egy későbbi vizsgálatauk során szofisztikáltabb módszert használtak, és magasabb napsütés esetén mindkét nemben jelentősen megnövekedett öngyilkossági rizikót találtak. Ez az összefüggés azonban eltűnt, mikor a szezonális trendet kivették az analízisből, de az *SSRI-vel kezelt férfiak és nők körében megmaradt a pozitív összefüggés* a napsütés mennyisége és az öngyilkossági gyakoriság között.⁹⁷ Az utóbbi időben, modern eszközökkel

⁹³ N. Praschak-Rieder – M. Willeit – A. A. Wilson – S. Houle – J. H. Meyer: Seasonal variation in human brain serotonin transporter binding, *Archives of General Psychiatry*, 2008, 65 (9) 2, 1072–1078.

⁹⁴ B. Vyssoki – N. Praschak-Rieder – G. Sonneck – V. Blüml – M. Willeit – S. Kasper – N. D. Kapusta: Effects of sunshine on suicide rates, *Comprehensive Psychiatry*, 2012, 53 (5), 535–539.

⁹⁵ Vyssoki – Kapusta – Praschak-Rieder – Dorffner – Willeit: Direct effect of sunshine on suicide.

⁹⁶ G. D. Makris – J. Reutfors – U. Ösby – G. Isacson – C. Frangakis – A. Ekblom: Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013, 127 (2), 117–125.

⁹⁷ D. D. Makris – J. Reutfors – R. Larsson – G. Isacson – U. Ösby – A. Ekblom et al.: Serotonergic medication enhances the association between suicide and sunshine, *Journal of Affective Disorders*, 2016, 16, 1, 189, 276–281.

végzett vizsgálatok is azt jelezték, hogy a napsütéses órák számának emelkedése pozitív korrelációban van a *violens* öngyilkosságokkal, míg a nem *violens*eknél ez nem észlelhető.

A KÜLHONI EREDMÉNYEK HAZAI UTÁNVIZSGÁLATA

Havi adatok

Az utóbbi pár évben megszorodtak a szofisztikált módszerekkel dolgozó hazai vizsgálatok is. A világirodalomban felmerült (fentebb részletezett), eredmények egyes részeredményeit hazai adatokon ellenőrizték. A vizsgálathoz az 1971 és 2000 közötti 30 év *hónapjaiban* észlelhető napsütéses órák és a *havonkénti* befejezett öngyilkossági esetek számát használták, a *nemek* és a *violens*–*nem violens* elkövetési módok szerinti bontásban is. Az öngyilkossági idősorról leválasztották a parabolikus trendet, és a detrendelt adatokon végezték a regresszió-analízist. Elemzésük során *Magyarországon nem találtak szignifikáns direkt kapcsolatot a napsütéses órák száma és a kivitelezett öngyilkosságok száma között, és nem találtak összefüggést a napsütéses órák száma és a violens öngyilkosságok száma között sem*. Vizsgálatuk limitációjaként jelezték, hogy mindkét adatsorra nézve *havi átlagadatokkal* dolgoztak.⁹⁸

Napi adatok

Egy hazai kutatócsoport a *napi napfénykitettség* (mennyiséggel) és az öngyilkosságsszámmal dolgozott. Vizsgálatuk eredménye azt mutatta, hogy „a napi napfény mennyiség és az öngyilkosságok száma között van összefüggés, a kapcsolat azonnali, de gyenge és főként a férfiak *violens* kivitelezésénél észlelhető.”⁹⁹ *A főbb korlátozó és lehetséges zavaró tényezőket nem ellenőrizték*, bár kíváncsi lett volna, ugyanis – az általuk is jelzett lehetséges ökológiai tévkövetkeztetésen túl – a fő probléma a meteorológiai adatbázisban lelhető fel, mivel a napi napsütéses

⁹⁸ Bozsonyi K. – Zonda T. – Fülöp A. – Bálint L.: A napfényes órák és a *violens* öngyilkosságok számának összefüggése Magyarországon, *Ideggyógyászati Szemle*, 2017, 70 (5–6), 179–182.

⁹⁹ B. Seregi – B. Kapitány – Á. Maróti-Agócs – Z. Rihmer – X. Gonda – P. Döme: Weak associations between the daily number of suicide cases and amount of daily sunlight, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2016, 21, 73, 41–48.

órák számát nem megfelelő adatbázisból próbálták generálni. Meteorológus, éghajlatszaktörténeti szerzőtársunk szakmailag alapvető problémákat vetett fel, megkérdőjelezve a kutatás végeredményét, kritikájának rövidített részletét idézzük:

A modellben a napfénytartam sugárzási paramétereiből származtatott mennyiség, amelyet elég nagy szisztematikus hiba jellemez. A felhőzeti problémák okozhatják a legnagyobb sugárzási hibákat, az meg erős kihatással lehet az abból számolt napi napfénytartamra. Még napjainkban is bármely időjárás modell az őszi, téli ködös, párás helyzeteket (stratus felhőzetet) elég nagy hibával tudja csak megbecsülni. Másrészt az őszi/téli ködös, borongós időjárás helyzetben a borultság, illetve a napfénytartam tényleges aktuális tér- és időbeli változékonysága nagyon nagy lehet. Ezért előfordulhat, hogy a valóságban egy adott TÉLI napon adott helyen nem süt a nap, és a modellben mégis 8 óra napsütés jelenik meg, de ennek fordítottja is előfordulhat. Ahhoz, hogy a napfénytartam-előrejelzés pontos legyen, 1 perces, vagy legalább 10 perces időbeli és nagy térbeli felbontású (1 km alatti) reanalízis kellene, ráadásul ez csak az alap lenne hozzá, ezen kívül még nagyon pontosan is kellene analizálni a felhőzet mennyiségét, vastagságát, levegő tisztaságát, vízgőz mennyiséget, ami a napfénytartam mennyiségét befolyásolja. *Erre sem az alkalmazott modell, sem pedig a reanalízishez felhasznált adatok nem alkalmasak.*¹⁰⁰

A meteorológiai paraméterek és az öngyilkosságok kapcsolatának további tisztázása érdekében jelen szerzők is megkísérelték *napi bontásban* vizsgálni az adatokat, mivel a havi aggregáltságú adatok esetén – mint jeleztük – nem lehetett szignifikáns összefüggéseket kimutatni.

Mivel a napi szintű meteorológiai paramétereket szakmailag nem lett volna indokolt az ország egészére generalizálni, a modellezés területi egységül Kékestető-Magyarország megyéit választottuk (Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Csongrád, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Pest megyék). Egyrészt a kiválasztott területen a legmagasabbak az öngyilkossági ráták, másrészt ez a területi aggregátum jól jellemezhető egyetlen meteorológiai paraméterrel a *napi adatok* esetén is.

A modellezés időszaka az 1971. január 1-je és 2013. december 31-e közötti időszak volt. A detrendelt és deszezonalizált ráták képezték a modellfüggő változóját. A független változók meteorológiai paraméterek voltak, melyek a területen található meteorológiai állomások napi adatainak átlagaként adódtak. A modellben vizsgált meteorológiai paraméterek a következők voltak: földfelszíni hőmérséklet, földfelszíni légnyomás, napsütéses órák száma, magaslégköri

¹⁰⁰ Fülöp A. – Zonda T.: https://www.researchgate.net/publication/317102378_Critical_Comment (Letöltés: 2018. január 23.)

hőmérséklet a tropopauza magasságában, magaslégköri légnyomás a tropopauza magasságában, a tropopauza földfelszíntől mért magassága, valamint ezen paraméterek egyik napról a másikra történő megváltozása (első differenciák).

– Eredmények: A meteorológiai paraméterek közül három mutatott gyenge, de erősen szignifikáns kapcsolatot az öngyilkossági rátákkal:

– *A napi napfény mennyisége szignifikáns, azonnali pozitív együttjárást mutatott.* Ez az eredmény azt igazolja, hogy a szezonális hatások kiszűrése után is van szignifikáns kapcsolat az öngyilkosságok elkövetésének gyakorisága és a napsütés mennyisége között.

– *A földfelszíni hőmérséklet változása (első differencia) szintén mutatott szignifikáns kapcsolatot, de ez a kapcsolat egy bonyolult három napon átívelő tranziens profilt követ,* melyben egyaránt vannak pozitív és negatív szakaszok. Ez azt jelenti, hogy a napi hőmérséklet ugyan nem mutat kapcsolatot az öngyilkosságok alakulásával, de a hőmérséklet változása már igen. *Ha egyik napról a másikra jelentősen megnő a hőmérséklet, az az öngyilkosságok azonnali növekedését okozza,* majd a következő napon is folytatódik a növekedés, a hőmérséklet-emelkedés utáni harmadik napon pedig enyhe csökkenés figyelhető meg.

– *A tropopauza magassága szintén szignifikáns volt a modellben, egy azonnali pozitív hatást egy hat nappal késleltetett negatív követett.* A tropopauza a magaslégkör hataraként fogható fel. Ez a határ a meteorológiai viszonyok függvényében napról napra változó magasságban alakul ki. A magaslégkör határának földfelszín feletti magassága jelentősen befolyásolja a földfelszínen detektálható ionizált részecskék számát. Az ionok koncentrációja ismert orvosmeteorológiai hatásokkal bír az emberi szervezetre. Mivel ionkoncentrációra vonatkozó mérésekből származó adatunk nincs a vizsgált időszakból, a tropopauza öngyilkosságokra gyakorolt szignifikáns hatásának konkrét mechanizmusát nem értjük pontosan, de az ionkoncentráció változása látszik az öngyilkosságok és a tropopauza magassága közötti összefüggés legvalószínűbb kapcsolódási mechanizmusának. Ez utóbbi lehetséges összefüggés további vizsgálatokat igényel.¹⁰¹

EGYÉB HAZAI METEOROLÓGIAI VIZSGÁLATOK

A hatvanas évektől napjainkig számos nemzetközi cikk foglalkozott a holdfázisok és az öngyilkosság közötti összefüggés vizsgálatával. Többnyire arra a kérdésre kerestek választ az irodalomban, hogy a *szinodikus* (újholdtól teliholdig

¹⁰¹ Bozsonyi K. – Fülöp A. – Bálint L. – Zonda T.: *A napfény és a hőmérséklet hatása az öngyilkosság gyakoriságra napi adatok alapján* (előkészületben).

tartó), illetve az *anomalisztikus* holdhónap (legkisebbtől a legnagyobb Hold–Föld távolságig tartó időszak) periódusaiban eltér-e az öngyilkosságok vagy öngyilkossági kísérletek gyakorisága? A kutatók többsége χ^2 -próbákon alapuló módszertannal dolgozott, a korrelációk sem újhold, sem telihold idején, sem a fennmaradó időszakban nem voltak szignifikánsak.

A telihold és a holdciklusok hatásának vizsgálatánál jóval kevesebb vizsgálat történt a napfolttevékenység és az erőszakos cselekmények (köztük az öngyilkosság) kapcsolatának elemzésére.

Hazai vizsgálat első ízben csak a legutóbbi időben történt. A szerzők tanulmányukban az 1976 és 2010 közötti magyarországi öngyilkosságok számának napi eloszlását (12784 nap) vizsgálták a *holdciklusok*, a *napkitörések* és a *mágneses viharok* szempontjából, nemek és a violens–nem violens öngyilkossági módszer bontása szerint, a teljes lakosság szintjén.

A *telihold* esetében számításaik inkább arra mutattak, hogy nincs valós hatásmechanizmus a két jelenség között. Egyedül a nők esetében találtak gyengén szignifikáns összefüggést, de a robusztusabb számítási módszer nem támasztotta alá az eredményt.

A *napkitörések* (mágneses viharok) hatásának vizsgálatára nézve sem volt egyértelmű az elemzés. A gyengébb erejű napkitörések nem mutattak befolyást az öngyilkosságokra. A nagyobb (M/X) erősségű napkitörések viszont átlagosan magasabb öngyilkossági arányszámokkal jártak együtt, mind a teljes sokaságban, mind a nők és a férfiak körében. Ugyanakkor a robusztusabb, detrendelt és deszezonalizált mutatók egyik esetben sem kapcsolódtak össze szignifikánsan a napkitörésekkel.

Tömör véleményük úgy foglalható össze, hogy a *holdhatást* nézve – a korábbi szakirodalmi eredményekhez hasonlóan – a szerzők is azon a véleményen vannak, hogy nem igazolható hatás az öngyilkosságok gyakoriságára.

A *mágneses viharok* elemzése hasonlóan konfúz eredményekhez vezetett, de a különböző naptevékenységek hatását a kapott eredmények ellenére érdemesnek látják továbbvizsgálni más, szofisztikáltabb statisztikai módszerekkel.¹⁰²

¹⁰² Kmetty Z. – Bozsónyi K. – Tomasovszky Á: Nap, Hold, Csillagok. A holdciklus és a napkitörések hatása az öngyilkosságokra, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2016, 17 (3), 215–241.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az öngyilkosság talán a legnehezebben értelmezhető humán specifikum. Bonyolult, multikauzális magatartás, melyben a bioklimatikus hatásokat inkább kofaktorként, trigger hatásként indokolt a tudomány jelenlegi állása szerint kezelni.

Mindazonáltal megfontolásra adnak okot azok a már említett eredmények, melyek szerint a meteorológiai hatások erősebbek voltak, mint a pszichoszociálisak. A legmodernebb technikai metodikával végzett vizsgálatok – úgy tűnik – megerősítik a statisztikai-matematikai eljárásokkal kapott eredményeket.

Az eddigi eredmények felhasználhatók lehetnek az öngyilkosság-megelőzési stratégiák kialakításában, de további, szigorú protokoll szerint végzett vizsgálatokra van szükség a biztosan befolyásoló tényezők feltárására. Fontos lenne, hogy *mindenkor reprodukálható* adatokat találjunk a szezonális hatások és az öngyilkos viselkedés között. Mindenesetre az öngyilkosságok számában megfigyelt szezonális aszimmetria arra enged következtetni, hogy kapcsolat áll fent a specifikus meteorológiai tényezők (például a fény mennyisége) ingadozása, valamint a cirkaanuális ritmusokat irányító és a hangulatszabályozó biológiai rendszerek között. Ennek fontos klinikai vonzatai is lehetnek, mert elképzelhető, hogy indokolttá válhat a (főként) tavaszi időszakban jelentkező depressziók eddigi terápiás protokolljának újragondolása.

BIBLIOGRÁFIA

- A magyarországi öngyilkosságok eseményeinek elemzése (1959–63)*, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 1964.
- ABE, K. – EGASHITA, K. – SUZUKI, T.: Suicide seasonality and economic growth, *Stress Medicine*, 1986, 2, 79–86.
- AJDACIC-GROSS, V. – BOPP, M. – SANSOSSIO, R. ET AL.: Diversity and change in suicide seasonality over 125 years, *Journal Epidemiology and Community Health*, 2005, 59, 967–972.
- AJDACIC-GROSS, V. – BOPP, M. – RING, M. – GUTZWILLER, F. – ROSSLER, W.: Seasonality in suicide – A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena, *Social Science and Medicine*, 2010, 71 (4), 657–666.
- ARAKI, S. – MURATA, K.: Suicide in Japan: socioeconomic effects on its secular and seasonal trends, *Suicide Life-Threat Behavior*, 1987, 17, 64–71.

- AYDIN, A. – GULEC, M. – BOYSAN, M. – SELVI, Y. – SELVI, F. – KADAK, M. T. ET AL.: Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2013, Jun. 17, 110–119.
- BARRACLOUGH, B. M. – WHITE, S. J.: Monthly variation of suicide and undetermined death compared, *British Journal of Psychiatry*, 1978, 132, 275.
- BECK, A. T. – STEER, R. A. – BECK, J. S. – NEWMAN, C. F.: Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993, 23 (2), 139–145.
- BARKER, A. – HAWTON, K. – FAGG, J. – JENNISON C.: Seasonal and weather factors in parasuicide, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165 (3), 375–380.
- BOUSSOUSSOU N. – BOUSSOUSSOU M. – NEMES A.: Az orvosepidemiológia történeti áttekintése – új horizont a preventív medicina területén, *Orvosi Hetilap*, 2017, 158, 5, 187–191.
- BOZSONYI K. – ZONDA T. – FÜLÖP A. – BÁLINT L.: A napfényes órák és a violens öngyilkosságok számának összefüggése Magyarországon, *Ideggyógyászati Szemle*, 2017, 70 (5–6), 179–182.
- BOZSONYI K. – FÜLÖP A. – BÁLINT L. – ZONDA T.: *A napfény és a hőmérséklet hatása az öngyilkosság gyakoriságra napi adatok alapján* (előkészületben).
- BRAMNESS, J. G. – WALBY, F. A. – MØRKEN, G. – RØISLIEN, J.: Analyzing Seasonal Variations in Suicide With Fourier Poisson Time-Series Regression: A Registry-Based Study From Norway, 1969–2007, *American Journal of Epidemiology*, 2015 Aug 1, 182 (3), 244–254.
- BREWERTON, T. D.: Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 1995, 20 (6), 561–590.
- BRIDGES, F. S. – YIP, P. S. – YANG, K. C.: Seasonal changes in suicide in the United States, 1971 to 2000, *Perceptual and Motor Skills*, 2005, 100 (3), 920–924.
- CALLAWAY, J. – STORVIK, M. – HALONEN, P. – HAKKO, H. – RÄSÄNEN, P. – TIHONEN, J.: Seasonal variations in [3H] citalopram platelet binding between healthy controls and violent offenders in Finland, *Human Psychopharmacology*, 2005, 20 (7), 467–472.
- CHEW, K. S. Y. – MCCLEARY, R.: The seasonality of suicides: a world survey, *Current Issues of Public Health*, 1996, 2, 241–246.
- CHRISTODOULOU, C. – DOUZENIS, A. – PAPADOPOULOS, F. C. – PAPADOPOULOU, A. – BOURAS, G. – GOURNELLIS, R. ET AL.: Suicide and seasonality, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012, 125 (2), 127–146.
- COCCARO, E. F. – SIEVER, L. J. – KLAR, H. M.: Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour, *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 587–599.

- COIMBRA, D. G. – DE SIQUEIRA FIGUEREDO, D. ET AL.: Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis, *Journal Affective Disorders*, 2016, 15, 196, 125–37.
- CORCORAN, P. – REILLY, M. – SALIM, A. – BRENNAN, A. – KEESLEY, H. S. – PERRY, I. J.: Temporal variation in Irish suicide rates, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, 34 (4), 429–438.
- DANNEEL, R.: Jahreszeitlich bedingte Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit bei Jungen und alten Menschen, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1975, 220, 11–13.
- DEFAULT, B. – KLAR, N.: The quality of modern cross-sectional ecologic studies: A Bibliometric Review, *American Journal of Epidemiology*, 2011, 74 (10), 1101–1107.
- DEISENHAMMER, E. A.: Wether and suicide: the present stater of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108, 402–409.
- DIXON, P. – MCDONALD, A. – SCHEITLIN, K. ET AL.: Effects of temperature variation on suicide in five U.S. counties, 1991–2001, *International Journal of Biometeorology*, 2007, 51, 395–403.
- DIXON, P. G. – SINYOR, M. – SCHAFER, A. – LEVITT, A. – HANEY, CH. R. – ELLIS, K. N. – SHERIDAN, S. C.: Association of weekly suicide rates with temperature anomalies in two different climate types, *International Journal of Environmental Research*, 2014, 11 (11), 11627–11644.
- DREYER, K.: Comparative suicide statistics: II. Death rates from suicide in Denmark since 1921, and seasonal variations since 1835, *Danish Medical Bulletin*, 1959, 6, 75–82.
- DUBLIN, L. I.: *To be or not to be. A study of suicide*, New York, Smith & Hass, 1933, 85–92.
- DUBLIN, L. I.: *Suicide: A Sociological and Statistical Study*, New York, Ronald Press, 1963, 56–60.
- DURKHEIM, Emil: *Az öngyilkosság*, Budapest, Közgazdasági és Jogi, 1982.
- EAST, W. N.: On attempted suicide, with an analysis of 1000 consecutive cases, *Journal of Mental Science*, 1913, 59, 428–437.
- ESQUIROL, Jean-Étienne-Dominique: *Des maladies mentales considérées sous les rapports medical, hygiénique et medico-legal*, Bruxelles, Librairie Médiale et Scientifique de J. B. Tircher, 1838.
- FERRI, Enrico: *Criminal Sociology*, Boston, Little Brown & Co, Variations thermométriques et criminalité, 1917 (Archives d'Anth. Criminelle, 1887).
- FLISHER, A. J. – PARRY, C. D. – BRADSHOW, D. – JURITZ, J. M.: Seasonal variation of suicide in South Africa, *Psychiatry Research*, 1997, 66, 13–22.

- FOUNTOULAKIS, K. N. ET AL.: Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012, *Annales of General Psychiatry*, 2016, 15, 19, 1–6.
- FÜLÖP, A. – ZONDA, T.: https://www.researchgate.net/publication/317102378_Critical_Comment
- GABENNESCH, H.: When promises fail: A theory of temporal fluctuation in suicide, *Social Forces*, 1988, 67, 129–145.
- GHAZI-KHANSARI, M. – OREIZI, S.: A prospective study of fatal outcomes of poisoning in Tehran, *Veterinary and Human Toxicology*, 1995 Oct, 37 (5), 449–52.
- GRAD, Onja T. (ed.): *How to reduce suicide in Slovenia*, WHO Regional Office for Europe, 1998.
- GUERRY, André-Michel: *Statistique morale de l'Angleterre comparée avec la statistique morale de la France, d'après les comptes de l'administration de la justice criminelle en Angleterre et en France*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1864.
- HAKKO, H. – RASANEN, P. – TIIHONEN, J.: Seasonal variation in suicide occurrence in Finland, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98 (2), 92–97.
- HAKKO, H.: *Seasonal variation of suicides and homicides in Finland with special attention to statistical techniques used in seasonality studies*, 2005 (Dissertation). <http://herkules.oulu.fi/isbn9514256042/html/x335.html>
- HO, T. P. – CHAO, A. – YIP, P. S. F.: Seasonal variation in suicides re-examined? No sex difference in Hong Kong and Taiwan, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 95, 25–31.
- JESSEN, G. – ANDERSEN, K. – ARENSMAN, E. – BILLE-BRAHE, U. – CREPEL, P. – DE LEO, D. ET AL: Temporal fluctuation and seasonality suicide attempts in Europe, *Archives of Suicide Research*, 1999, 5, 57–69.
- JOUKAMAA, M.: Prison suicide in Finland, 1969–1992, *Forensic Science International*, 1997, 89, 167–174.
- KALEDIENE, R. – PETRAUSKINE, J.: Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2004, 34 (2), 138–46.
- KEVAN, S. M.: Perspectives on season of suicide: a review, *Social Science and Medicine: Medicinal Geography*, 1980, 14, 369–378.
- KÉRDŐ István: *Hippokratész és a bioklimatológia*, Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, Budapest, 1955, 107–128.
- KMETTY Z. – BOZSONYI K. – TOMASOVSKY Á.: Nap, Hold, Csillagok. A holdciklus és a napkitörések hatása az öngyilkosságokra, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2016, 17 (3), 215–241.

- KMETTY Z. – BOZSONYI K. – ZONDA T.: A magyar öngyilkossági adatok ökológiai vizsgálata komplex statisztikai módszerekkel, *Psychiatria Hungarica*, 2016, 31, 5–14.
- KONEK S.: *Statisztikai és Nemzetgazdasági Közlemények*, Budapest, 1864.
- Központi Statisztikai Hivatal: *Az öngyilkossági események alakulása Magyarországon 1959–63*, Budapest, 1964.
- KOVÁCS, M. – BECK, A. T. – WEISSMAN, A.: Hopelessness: an indicator of suicidal risk, *Suicide*, 1975, 5 (2), 98–103.
- LAMBERT, G. – REID, C. – KAYE, D. – JENNINGS, G. – ESLER, M.: Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight, *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160 (4), 793–795.
- LESTER, D. – BECK, A. T.: Suicide in spring: a test of Durheim's explanation, *Psychologica Reports*, 1974, 35, 893.
- LESTER, D. – BECK, A. T.: Suicide and national holidays, *Psychological Reports*, 1975, 36, 52.
- LESTER, D.: *Monthly variation of suicidal and accidental poisoning deaths*, *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143, 204–205.
- LESTER, D.: Suicide at Christmas, *American Journal of Psychiatry*, 1984, 142, 6.
- LESTER, D. – FRANK, M. L.: Sex difference in the seasonal distribution of suicides, *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 115–117.
- LESTER, D. – FRANK, M. L.: The seasonal variation in urban and rural areas: comment on Micciolo, Zimmerman-Tansella, William and Tansella, *Journal of Affective Disorders*, 1990, 19, 171.
- LIN, H. C. – CHEN, C. S. – XIRASAGAR, S. – LEE, H. C.: Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study, *Neuropsychobiology*, 2008, 57 (1–2), 32–7.
- LINKOWSKI, P. – MARTIN, F. – DE MAERTELAER, V.: Effect of some climatic factors on violent and nonviolent suicides in Belgium, *Journal of Affective Disorders*, 1992, 25, 161–166.
- LOMBROSO, C.: *Lángész és örültség*, Budapest, Littera Könyvkiadó (é. n.) (Reprint).
- MAES, M. – COSYNS, P. – MELTZER, H. Y. – DE-MEYER, E. – PEETERS, D.: Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide, *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150 (9), 1380–1392.
- MAES, M. – DE MEYER, F. – THOMPSON, P. – PEETERS, D. – COSYNS, P.: Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90, 391–396.
- MAKRIS, G. D. – REUTFORS, J. – ÖSBY, U. – ISACSSON, G. – FRANGAKIS, C. – EKBOM, A.: Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013, 127 (2), 117–125.

- MAKRIS, G. D. – REUTFORS, J. – LARSSON, R. – ISACSSON, G. – ÖSBY, U. – EKBOM, A. ET AL.: Serotonergic medication enhances the association between suicide and sunshine, *Journal of Affective Disorders*, 2016, 16, 1, 189, 276–281.
- MANN, J. J. – MALONE, K. M. – DIEHL, D. J. – PEREL, J. – COOPER, T. B. – MINTUN, M. A.: Demonstration in vivo of reduced serotonin responsivity in the brain of untreated depressed patients, *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153 (2), 174–182.
- MANN, J. J. – MALONE, K. M.: Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients, *Biological Psychiatry*, 1997, 41 (2), 162–171.
- MASSING, W. – ANGERMEYER, M. C.: The monthly and weekly distribution of suicide, *Social Science and Medicine*, 1985, 20, 433–441.
- MCGEORGE, J.: Attempted suicide, *The Medical Journal of Australia*, 1942, 1, 67–75.
- MCCLEARY, R. – CHEW, K. S. Y. – HELLSTEN, J. – FLYNN-BRANDSFORD, M.: Age- and sex-specific cycles in United States suicides (1973 to 1985), *American Journal of Public Health*, 1991, 81, 1494–1497.
- MEARES, R. – MENDELSON, F. – MILGROM-FRIEDMAN, J.: A sex difference in seasonal variation of suicide rates: a single cycle for men, two cycles for women, *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 321–325.
- MICCIOLO, R. – ZIMMERMANN-TANSELLA, C. – WILLIAMS, P. – TANSELLA, M.: Geographical variation in the seasonality of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 1988, 15, 163.
- MICCIOLO, R. – ZIMMERMANN-TANSELLA, C. – WILLIAMS, P. – TANSELLA, M.: Seasonal variation in suicide: is there a sex difference?, *Psychological Medicine*, 1989, 9, 199–203.
- MICCIOLO, R. – WILLIAMS, P. – ZIMMERMANN-TANSELLA, C. – TANSELLA, M.: Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence, *Journal of Affective Disorders*, 1991, 21, 39–43.
- MILEV, V. – MIKHOV, D.: Attempted suicide by poisoning in the Sofia region, *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, 560–562.
- MOFFITT, T. E. – BRAMMER, G. L. – CASPI, A. – FAWCETT, J. P. – RALEIGH, M. – YUWILER, A. – SILVA, P.: Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study, *Biological Psychiatry*, 1998, 15, 43 (6), 446–457.
- MOLNÁR K.: *Inkább végzek magammal. Öngyilkosságok a hadseregben*, Budapest, Nótárius Könyvkiadó, 1993.
- MOQADDASI, M. – AHMADI, A. – MOOSAZADEH, M. – MIRZAJANI, M. – DEGHAN, A.: Seasonal Pattern in Suicide in Iran, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Science*, 2015, 9 (3), 842–50.

- MORSELLI, Enrico: *Suicide: An essay on comparative statistics*, London, Paul Kegan, 1881.
- MÜLLER, H. – BIERMANN, T. – RENK, S. – REULBACH, U. – STROBEL, A. – KORNHUBER, J. – SPERLING, W.: Higher environmental temperature and global radiation are correlated with increasing suicidality – a localized data analysis, *Chronobiology International*, 2011, 28 (10), 949–957.
- NAKAMURA, J. W. – MCLEOD, C. R. – MCDERMOTT, J. F.: Temporal variation in adolescent suicide attempts, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 24, 343–349.
- NÄYHÄ, S.: Autumn incidence of suicides re-examined data from Finland by sex, age and occupation, *British Journal Psychiatry*, 1982, 141, 512–517.
- NÄYHÄ, S.: The bi-seasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961–1976, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, 32–42.
- NISHI, M. – MIYAKE, H. – OKAMOTO, H. – GOTO, Y. – SAKAI, T.: Relationship between suicide and holidays, *Journal of Epidemiology*, 2000, 10 (5), 317–320.
- O'MALLEY, P.: Suicide and war: a case study and theoretical appraisal, *British Journal of Criminology*, 1975, 15, 348–355.
- ÖRMÉNYI I. – KÉRDŐ I. – TAKÁCSY L. – SZUICHOVSZKY Gy. – KENYERES I.: Vizsgálatok az öngyilkosságok meteorológiai összefüggéseiről, *Morphológiai és Igazságügyi Orvosi Szemle*, 1972, 12, 4, 270–276.
- PETRIDOU, E. – PAPADOPOULOS, F. C. – FRANKAKIS, C. E. – SKALKIDOU, A. – TRICHOPOULOS, D.: A role of sunshine in triggering of suicide, *Epidemiology*, 2002, 13, 106–109.
- PHILIPS, D. P. – LIU, J.: The frequency of suicides around major public Holidays: Some surprising findings, *Suicide Life-Threatening Behavior*, 1980, 10, 41–50.
- PHILLIPS, D. P. – WILLS, J. S.: A drop in suicides around major national holidays, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1987, 17 (1), 1–12.
- PIKER, P.: Eighteen hundred and seventeen cases of suicidal attempt: a preliminary report, *Americal Journal of Psychiatry*, 1938, 95, 97–110.
- PRASCHAK-RIEDER, N. – WILLEIT, M. – WILSON, A. A. – HOULE, S. – MEYER, J. H.: Seasonal variation in human brain serotonin transporter binding, *Archives of General Psychiatry*, 2008, 65 (9) 2, 1072–1078.
- PRETI, A.: The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy, *Journal of Affective Disorders*, 1997, 44, 123–130.
- PRETI, A. – MIOTTO P.: Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy, *Psychiatry Research*, 1998, 81, 219–231.

- QI, X. – TONG, S. – HU, W.: Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and suicide, *Environmental Health*, 2009, 1, 8, 46, doi: 10.1186/1476-069X-8-46.
- ROCK, D. – GREENBERG, D. M. – HALLMAYER J. F.: Increasing seasonality of suicide in Australia 1970–1999, *Psychiatry Research*, 2003, 30, 120 (1), 43–51.
- ROJEWICZ, S. J.: War and suicide, *Suicide of Life-Threatening Behaviour*, 1971, 1, 46–50.
- SARGENT, P. A. – KJAER, K. H. – BENCH, C. J. – RABINER, E. A. – MESSA, C. – MEYER, J. ET AL.: Brain serotonin_{1A} receptor binding measured by positron emission tomography with [¹¹C] WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment, *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57 (2), 174–180.
- SCHMID, C. F. – ARSDOL, M. D.: Completed and attempted suicides: a comparative analysis, *American Science Review*, 1955, 20, 273–283.
- SCHMIDTKE, A.: Suicidal behaviour on railways in the FRG, *Social Science and Medicine*, 1994, 38, 419–426.
- SCHREIBER, G. – DYCIAN, A. – KAPLAN, Z. – BLEICH, A.: A unique monthly distribution of suicide and parasuicide through firearms among Israeli soldiers, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, 110–113.
- SEIDBUEHLER, J. – BLAND, B. A. – NEMETH, G.: Attempted suicide: some statistical and psychiatric parameters, *Diseases of the Nervous System*, 1970, 31, 59–68.
- SEREGI, B. – KAPITÁNY, B. – MARÓTI-AGÓTS, Á. – RIHMER, Z. – GONDA, X. – DÖME, P.: Weak associations between the daily number of suicide cases and amount of daily sunlight, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2016, 21, 73, 41–48.
- SHAH, A.: A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and urbanization, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38, 714–719.
- SHNEIDMAN, E. S. – FARBERROW, N. L.: *The cry for help*, New York, McGraw-Hill, 1961.
- SHOJAEI, A. – MORADI, S. – ALAEDDINI, F. – KHODADOOST, M. – KHADERNI, A.: The Association between Completed Suicides and Season of the year in an Iranian Population, *Iranian Journal of Public Health*, 2013, 1, 42 (3), 293–297.
- SILVEIRA, M. L. – WEXLER, L. – CHAMBERLAIN, J. – MONEY, K. – SPENCER, R. M. – REICH, N. G. – BERTONE-JOHNSON, E. R.: Seasonality of suicide behavior in Northwest Alaska: 1990–2009, *Public Health*, 2016, 137, 35–43.
- SUN, J. – GUO, X. – MA, J. – ZHANG, J. – JIA, C. – XU, A.: Seasonality of suicide in Shandong China, 1991–2009: associations with gender, age, area and methods of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 2011 Dec, 135 (1–3), 258–266.

- TAKAHASHI, E.: Seasonal variation of conception and suicide, *Tohoku Experimental Medicine*, 1964, 84, 215–226.
- TIIHONEN, J. – KUIKKA, J. T. – BERGSTRÖM, K. A. – KARHU, J. – VIINAMÄKI, H. ET AL.: Single-photon emission tomography imaging of monoamine transporters in impulsive violent behavior, *European Journal of Nuclear Medicine*, 1997, 24, 1253–1260.
- TÖRÖ Klára (szerk.): *Az éghajlatváltozás hatásai az emberi szervezetre*, Budapest, Medicina, 2010, 113–121.
- TÖRÖ, K. – DUNAY, GY. – BARTHOLY, J. – PONGRÁCZ, R. – KIS, Z. – KELLER, E.: Relationship between suicidal cases and meteorological conditions, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2009, 16 (5), 277–279.
- YIP, P. S. F. – CHAO, A. – CHIU, C. W. F.: Seasonal variation in suicides: iminished or vanished, (Exprience from England and Wales, 1982–1996), *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 366–369.
- YIP, P. S. – YANG, K. C.: A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong, *Journal of Affective Disorders*, 2004, 81 (3), 251–257.
- YSSOKI, B. – PRASCHAK-RIEDER, N. – SONNECK, G. – BLÜML, V. – WILLEIT, M. – KASPER, S. – KAPUSTA, N. D.: Effects of sunshine on suicide rates, *Comprehesive Psychiatry*, 2012, 53 (5), 535–539.
- YSSOKI, B. – KAPUSTA, N. D. – PRASCHAK-RIEDER, N. – DORFFNER, G. – WILLEIT, M.: Direct effect of sunshine on suicide, *JAMA Psychiatry*, 2014, 71 (11), 1231–1237.
- WEINBERG, I. – LUBIN, G. – SUSHKEVICH, M. – KALAN, Z.: Elevated suicide rates on the first workday: a replication in Israel, *Death Studies*; 2002, 26 (8), 681–688.
- WENZ, E. V.: Seasonal suicide attempts and forms of loneliness, *Psychological Reports*, 1977, 40, 807–810.
- WENZ, F. V.: Effects of seasonal and sociological variables on suicidal behaviour, *Public Health Reports*, 1997 (May), 92 (3), 233–239.
- WHO European Health for All Database (HFA–DB), 2016.
- ZHANG, J. – GAO, Q. – JIA, C.: Seasonality of Chinese rural young suicide and its correlates, *Journal of Affective Disorders*, 2011, 134 (1–3), 356–64.
- ZONDA T. – BOZSONYI K.: A magyarországi öngyilkosságok szezonálisának kérdései, *Szenvedélybetegségek*, 2001, IX, 2, 133–141.
- ZONDA, T. – BOZSONYI, K. – VERES, E.: Seasonal fluctuation of suicide in Hungary 1970–2000, *Archives of Suicide Research*, 2005, 9, 77–85.
- ZONDA, T. – BOZSONYI, K. – VERES, E. – LESTER, D. – FRANK, M. L.: The impact of holidays on suicide in Hungary, *Omega*, 2008, 58 (2), 153–162.

AZ ÖNGYILKOSSÁG-PREVENCIÓ ANTIDEPRESSZÁNS TEÓRIÁJÁNAK KÉRDÉSEI

HAZAI ÉS KÜLHONI ÖKOLÓGIAI VIZSGÁLATOK REVÍZIÓJA



ZONDA TAMÁS – BOZSONYI KÁROLY – NAGY GABRIELLA

BEVEZETÉS, ELŐZMÉNYEK

Az 1980-as évek közepéig az öngyilkossági ráták a jelenleginél lényegesebben magasabbak voltak egész Európában, a magyarországi ráta a legmagasabb volt világvizonylatban is 1968–1987 között. Ezt követően – viszonylag hirtelen és máig kiderítetlen okokból – csökkenni kezdett az öngyilkosságok száma úgy Nyugat, mint Közép-Kelet Európa csaknem minden országában. A volt „szocialista” országok többségében ez a csökkenés később, 1988 és 1992 között jelentkezett. Ez az időszak egybeesett ezen országok „felszabadulásával”, amely fundamentális társadalmi, politikai, gazdasági és morális átalakulást jelentett. Magyarország – és feltehetően a többi szabaddá vált ország népessége is – telve volt bizakodással, reményekkel, optimizmussal teli kíváncsisággal, ezért indokolt az a feltételezés, hogy az adott országok *minden lakosát mélyen érintő paradigmaváltás* és az öngyilkossági ráták csökkenése között oki összefüggés van.¹ Az 1. táblázat mutatja a társadalmi változások és a csökkenő öngyilkossági ráták időbeli közel-állását, mely jelenség kapcsán „nem könnyű ugyan elképzelni és megérteni, hogy milyen áttéti mechanizmusokon keresztül, miként tevődhet át a közösség sorsának módosulása egy – sokszor nagyon is apolitikus – egyén életben maradása melletti döntésévé [...] de az 1988-as évben bekövetkező csökkenés megkívánja egy politikaitörténeti összefüggés feltételezését”.² Lengyelországban a Szolidaritás győzelmének évében, 1981-ben, 36%-kal csökkentek az öngyilkosságok,³ később a

¹ I. H. Mäkinen: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (9), 1405–1420; Zonda T.: A magyar öngyilkossági ráta csökkenésének lehetséges okai, in Filó M. (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat – Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*, Budapest, Medicina, 2013, 138–150.

² Kolozsi B.: A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1988-as csökkenése és annak összetevői, *TBZ Bulletin*, 1990, 17, 169–184.

³ M. Jarosz: Suicide in Poland as an indicator of sociological disregulation, *Social Indicators Research*, 1985, 16, 449–464.

kommunista rendszer atrocitásai idején a ráta ismét emelkedett, majd 1989-ben (a kommunizmus végének éve) kifejezett csökkenés volt észlelhető, ezt követően pedig ismét a régi ráta jelentkezett.

1. táblázat. A volt szocialista országok öngyilkossági rátái (WHO HFA 2016)

Ország	1988	1989	1990	1991	1995	2000	2005	2010	2014
Bulgária	15,5	15,6	14,0	14,5	15,5	15,0	10,6	9,2	8,0
Cseho	18,7	18,2	19,0	18,2	16,0	14,7	13,8	12,8	12,5
Horvátó	23,1	21,2	23,2	22,1	18,5	20,8	17,0	14,7	14,0
Lengyelo	13,0	11,9	13,8	14,7	14,6	15,0	15,0	15,8	14,3
Magyaró	39,9	40,0	38,1	36,7	30,5	29,3	23,2	21,7	16,5
Románia	?	11,5	9,4*	9,8*	12,6	12,4	11,4	11,9	8,9
Szlovákia	16,5	17,73	16,5	16,5	14,3	13,4	11,9	10,8	9,1
Szlovénia	32,3	34,5	28,0	32,3	27,4	27,1	22,0	17,2	19,0

A kövérített számok: öngyilkossági ráták az adott ország függetlenné válásának évében.

Románia: * az 1989. december végi forradalmat követő két év

Az Európai Unió (2004 előtti) országaiban az öngyilkossági ráták csökkenésével egy időben számos negatív jelenség redukciója is bekövetkezett (közlekedési balesetek, dohányzás, alkoholfogyasztás, cerebrovasculáris halálozás), ugyanezen időben meredeken emelkedett a GDP, valamint csökkent az infláció és a munkanélküliség⁴ (1. ábra). Kínában is jelentősen csökkent a szuicid ráta a gazdasági fellendülés idején.⁵

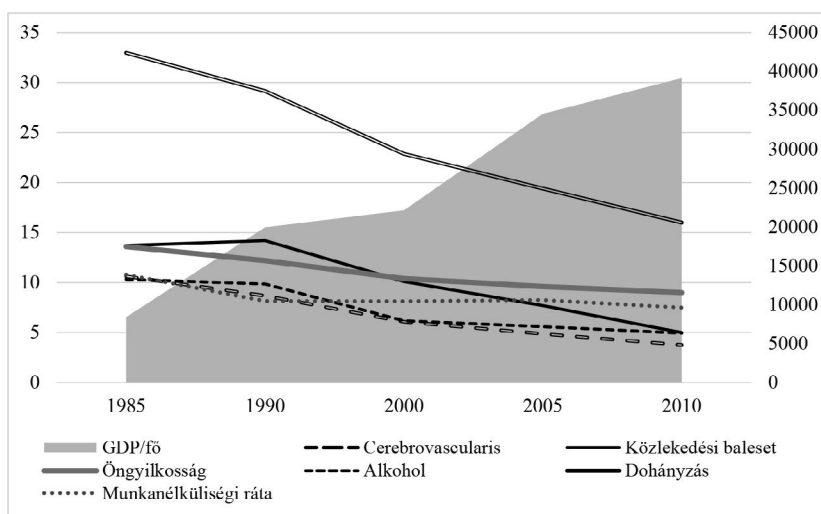
Az öngyilkosság-kutatás (kizárólag) pszichiátriai vonalát képviselő szakemberek azonban nem látták elegendőnek a fentebb igen röviden vázolt alapvető társadalmi-gazdasági okokat az 1980-as évek derekán bekövetkezett rátacsökkenésekre. A további okok kutatása során született meg az ún. „antidepresszáns teória”, mely szerint az öngyilkosságok számának csökkenése mögött az új antidepresszánsok megjelenése és kereskedelmi forgalmának emelkedése áll. Az új antidepresszánsok (továbbiakban AD) emelkedő kereskedelmi forgalma és a csökkenő öngyilkossági számok között talált *negatív korrelációt* a

⁴ A. Milner – R. McClure – D. De Leo: Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2012, 47 (1), 19–27; WHO European Health for All database (HFA-DB, 2016); D. Titelman – H. Oskarsson – K. Wahlbeck – M. Nordentoft – L. Mehlum – G. X. Jiang et al.: Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980–2009, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2013, 67 (6), 414–423.

⁵ J. Zhang – J. Ma – C. Jia – J. Sun – X. Guo – A. Xu et al.: Economic growth and suicide rate changes: a case in China from 1982 to 2005, *European Psychiatry*, 2010, 25 (3), 159–163.

gyógyszergyárak hatalmas anyagi támogatásával és a hazánkban és külhonban is sikeresnek bizonyuló reklámhadjáratával hozzák összefüggésbe. Egy közlemény egyenesen forradalmi változásról, az öngyilkosságok elleni harcban tapasztalható „orvosi áttörésről” írt.⁶ (Máig kérdés, hogy miért nem csökkent Európa-szerte az öngyilkosságok száma már a 60-as évek elejétől, amikor az első hatékony antidepresszánsok megjelentek. De az is izgalmas kérdés, hogy például hazánkban miért a férfiak körében történt nagy csökkenés 1987-ről 1988-ra, amikor a nők körében köztudottan kétszer magasabb a depresszió előfordulása, és köztudott, de számos közlés is van arról, hogy a férfiak jóval ritkábban hajlandók orvoshoz fordulni panaszaikkal.

1. ábra. Az öngyilkosság és más halálokok (baloldali tengelyen*), valamint a munkanélküliség rátája (%) és a GDP/fő (jobboldali tengelyen) alakulása a 2004 előtti EU tagállamokban, 1985 és 2010 között



*Az öngyilkosság és a közlekedési baleset miatti halálozás 100.000 lakosra, a dohányzással összefüggő, az alkohol okozta és a cerebrovasculáris halálozás 10.000 lakosra számítva (saját ábra)

Az új antidepresszánsok (SSRI) kiváló hatását bizonyító esetkontrollált és randomizált klinikai vizsgálatok (RCT) gomba módra kezdtek szaporodni,

⁶ G. Isacson: Suicide prevention – a medical breakthrough?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102, 113 –117.

számuk 2008-ban már 4000 (!) fölé emelkedett.⁷ A szakma világszerte lassan két táborra szakadt: az SSRI szerek lelkes apologétáira és a (joggal) kételkedőkre, differenciáltabb megközelítést javaslókra. Nyugaton ugyanis lassan kiderült, hogy a gyógyszergyárak a negatív eredmények, mellékhatások cáfolatára sorra rendelték meg az új antidepresszánsaik kirobbanóan jótékony hatását bizonyító „kutatásokat”, a kedvezőtlen eredményeket nem közölték, a kedvező eredményekből több kiadvány, szelektált közlések és riportok jelentek meg. Ugyanakkor a placebo-kontrollos vizsgálatok sora nem mutatott érdemi eredményt, sőt a 24 év alattiak körében emelkedett az öngyilkos viselkedések száma. Kellemetlen mellékhatásokra is fény derült (testsúlygyarapodás, szexuális zavarok), melyek csak jóval a szer elhagyása után rendeződnek.

Mindezekről a hazai szakmának főként magyar nyelvű szakirodalmát olvasói csak egy 2004-ben megjelent könyvből értesülhettek részletesen.⁸ A könyv szerzőjét és az „orvosi áttöréssel” kapcsolatos kétségeiket megfogalmazó magyar szakembereket durva támadások érték, és tartósan mellőzték őket: „... a pszichiátria hazai rendszerében a nyílt viták megbántódásokba, elfojtott botrányokba torkollnak [...] holott a tudomány lényege a vita.”⁹

Jó példa erre, hogy az európai pszichofarmakológia egyik legjelesebb képviselője, van Praag már 2002-ben feltette a kérdést, hogy az antidepresszáns éra alatt miért nem mutatkozott szignifikáns csökkenés az öngyilkossági rátákban, és gondos elemzéssel összefoglalta a lehetséges okokat.¹⁰ A kérdést elemezve, az alábbi problémákat vetette fel:

- Az AD felírása 12%-kal nőtt Hollandiában az elmúlt 4 évben, de az öngyilkossági ráta nem csökkent (2002), sőt a fiatal férfiak körében nőtt is, és alarmizáló adat, hogy az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek nem mutattak érdemi különbséget az AD szerekkel és a placebóval kezelt depressziósok körében.

- A releváns vizsgálatok komoly akadálya, hogy általában rövid időszakokat vizsgáltak kisszámú betegen; a súlyos öngyilkossággal veszélyeztetett betegeknél a placebo adás kizáró kritérium.

- A *személyiségzavarosok* egy másik, magas szuicíd kockázatú csoportot alkotnak, számukra is az AD th-t javasolják, de kevés placebokontrollált kutatás

⁷ J. P. Joannidis: Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2008, 27, 3, 14.

⁸ Szendi G.: *Antidepresszáns és placebo*, Budapest, Országos Alkohológiai Intézet, 2004.

⁹ Buda B.: Gotland, depresszió, öngyilkosság-kutatás, *Szenvedélybetegségek*, 1999, 6; Buda B.: *Az elme gyógyítása*, Budapest, Háttér, 2011, 368–372.

¹⁰ H. M. van Praag: Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates?, *Crisis*, 2002, 23 (2), 77–82.

történt, a meglévők nem mutatták az AD-k preventív hatását; úgy tűnik, hogy a *személyiségpatológia általában nem mutat érdemi választ az antidepresszánsokra*.

– Manapság a pszichiátriában a *tapasztalati tényeket* „soft”-ként kezelik, mert nem mérhető. A tapasztalat azt mutatja, hogy a szuicid készítés és a *reménytelenség* szorosabban függ össze, mint a szuicid készítés és a depresszió. A reménytelenség viszont megjelenhet depresszió nélkül is, és nem szoros az összefüggés a reménytelenség és a depresszió foka között sem.

– Az új AD-ok kevésbé hatásosak, mint azt általában hiszik. A triciklikusok például, úgy tűnik, sokkal hatásosabbak az endogén depresszióra, mint a nem endogénekre.

– Ha egy kutatás során a feltételezhető reszponderek és a nonreszponderek összevontan tárgyaltatnak, úgy az eredmény kérdéses és közelít a placebo válasz felé.

A Nemzetközi Öngyilkosság-megelőzési Társaság (IASP) elnöke 2002-ben, majd 2004-ben tömören összefoglalta az öngyilkosság-kutatás állását, és több jelentős szerző véleményét idézve megállapította, hogy a hatalmas mennyiségű irodalom ellenére máig sincs tudományos bizonyítékunk (tudásunk) az öngyilkos magatartás *előrejelzéséről* és *megelőzéséről*.¹¹ (Szomorú bizonyítéka ennek a 2015-ben történt Germanwings tragédia: a depresszióval kezelt másodpilóta 160 utassal a hegynék irányította repülőgépét, a gondos nyomozás alapján öngyilkos szándékkal).

A több ezer randomizált, kontrollált vizsgálatnál (RCT) felmerülő további problémák számosak, így a vizsgált résztvevők alacsony mintanagysága,¹² a reszponderek és nonreszponderek bennmaradása a vizsgált mintákban,¹³ a programok rövid időtartama,¹⁴ az, hogy hiányoznak a retrospektív értékelések, hogy nincs vagy nem megfelelő a kontrollcsoport alkalmazása,¹⁵ ezek külön-külön

¹¹ D. De Leo: Suicide prevention is far more than a psychiatric business, *World Psychiatry*, 2004, 3 (3), 155–156; D. De Leo – Francz, C.P.: Why are we not getting any closer to preventing suicide? (Editorial) *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181, 372–374.

¹² K. Hawton – E. Arensman – E. Townsend – S. Bremner – E. Feldman – R. Goldney et al.: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition, *British Medical Journal*, 1998, 15, 317, 441–447.

¹³ D. Gunnell – S. Frankel: Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 8, 1227–1233.

¹⁴ H. M. van Praag: A stubborn behavior: the failure of antidepressants to reduce suicide rates. *World Journal of Biological Psychiatry*, 2003, 4 (4), 184–191.

¹⁵ R. D. Goldney: Prediction of suicide and attempted suicide. in K. Hawton – K. Van Heeringen (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester, John Wiley & Sons, 2000, 585–595.

is téves (torzult) eredményhez vezethetnek. Másrészt, nagyon keveset tudunk azokról a tényezőkről, amelyek az öngyilkosság ellen hatnak: mint a megküzdési (*coping*) készség, a problémamegoldó képességek, a szociális támogatás vagy az egyén kapcsolati rendszerének gazdagsága. Elhanyagolt a pszichoterápia, pedig a szuicid prevencióban, a recidívák csökkentésében és a krízisállapotokban elsőként lenne választandó; az enyhe és közepes fokú depressziókban hatása azonos a gyógyszerekével.¹⁶

Közben több tucatnyi kritikus vizsgálat¹⁷ és közlésetikai kifogás jelent meg.¹⁸ Egy markánsan kritikus szerző véleménye szerint a sok randomizált vizsgálat klinikailag nem mutatott ki releváns hatást, a szelektív és torz eredmények interpretációja az *AD-ok látszólag bizonyítékokon alapuló mítoszáat sugallja*.¹⁹ Tény, hogy a kritikus oldal véleménye megalapozottnak bizonyult, mert már 2007-ben megállapítást nyert, hogy „gyorsabban ható, jobb és biztonságosabb” antidepresszánsokra lenne igény. Ezt szem előtt tartva, szakértői csoport alakult az Arizonai Egyetem Pszichiátriai Tanszéke és a Best Practice Project

¹⁶ J. T. Sherrill – M. Kovacs: Nonsomatic treatment of depression, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2002, 11 (3), 579–593; G. K. Brown – T. Have – G. R. Henriques – S. X. Xie – J. E. Hollander et al.: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial, *Journal of American Medical Association*, 2005, 294 (5), 563–570; Ajtay Gy. – Bérdi M. – Szilágyi S. – Perczel-Forintos D.: Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban, *Psychiatria Hungarica*, 2012, 27, (2) 92–102; Perczel-Forintos D. – Poós J.: Kiút a kiútatlanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében, *Psychiatria Hungarica*, 2008, 1, 1–26.

¹⁷ D. Fergusson – S. Doucette – K. Cranley Glass – S. Shapiro – D. Healy – P. Hebert et al.: Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: Systematic review of randomised controlled trials, *British Medical Journal*, 2005, 330 (7488), 396; R. C. Didham – D. W. McConnel – H. J. Blair – D. M. Reith: Suicide and self harm following prescription of SSRI and either antidepressants: confounding by indication, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2005, 60, 5, 519–525; I. Aursnes – I. F. Tveit – J. Gaasemyr – B. Natvig: Even more suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo, *British Medical Psychiatry*, 2006, 6, 55. (Online Nov 28, 2006, doi: 10.1186/1471-244X-6-55); M. E. Thase: Do antidepressants really work? A clinicians' guide to evaluating the evidence, *Current Psychiatry Reports*, 2008, 10, 487–494.

¹⁸ I. Kirsch – B. J. Deacon – T. B. Huedo-Medina – A. Scoboria – T. J. Moore – B. T. Johnson: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, *PLOS Medicine*, 2008, 5 (2), e45, doi: 10.1371/journal.pmed.0050045; E. H. Turner – A. M. Matthews – E. Linardatos – R. A. Tell – R. Rosenthal.: Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *The New England Journal of Medicine*, 2008, 358, 252–60; M. Sinyor – A. Schaffer – K. A. Smart – A. J. Levitt – K. L. Lancôt – N. H. Gryzman: Sponsorship, antidepressant dose, and outcome in major depressive disorder: meta-analysis of randomized controlled trials, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2012, 73 (2), 277–287.

¹⁹ J. P. Ioannidis: Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?

Management Inc. égisze alatt. 2007 júliusában negyvenöt, az AD kutatásokkal foglalkozó szakértőt hívtak össze egy konferenciára, melyen kormányzati szervek (US Food and Drug Administration; National Institute of Mental Health) és az ipar is részt vett annak érdekében, hogy meghatározzák a klinikai vizsgálatok módszertanának állását az antidepresszánsok területén. Úgy határoztak, hogy jól megtervezett *proof-of-concept* (POC) vizsgálatokat kell elindítani az új antidepresszánsok központi idegrendszeri és klinikai hatásainak vizsgálatára, valamint a jövő teendőinek feltérképezésére.²⁰

AZ ÖKOLÓGIAI VIZSGÁLATOK PROBLÉMÁI AZ ÖNGYILKOSSÁG-KUTATÁSBAN

A több ezer RCT és esetkontrollált kutatást ért kritikát követően a nemzetközi irodalomban megjelentek az ún. ökológiai vizsgálatok. Az ilyen típusú vizsgálatok lényege az, hogy egy adott országban (népességben) megadott időszak alatt felírt és/vagy megvásárolt antidepresszáns mennyiség és a népességben észlelt öngyilkossági ráta között keresnek statisztikai módszerrel összefüggést, többnyire korrelációs számítással. Ha *a két adatsor között negatív (inverz) korrelációt találnak, azt egyértelmű bizonyítékként kezelik amellett, hogy az emelkedő AD-forgalom az egyetlen (legalábbis meghatározó) oka a csökkenő öngyilkossági rátának az adott populációban.* A Magyar Biostatistikai Társaság elnöke már 1997-ben figyelmeztetett arra, hogy *két adatsor közötti korreláció nem bizonyít kauzalitást,* a csökkenő öngyilkossági ráta más, folyamatosan növekvő forgalmú fogyasztási cikk adataival (mobiltelefon, TV, más gyógyszerek) is mutat inverz kapcsolatot.²¹

A külföldi szakirodalom is jelezte, hogy a kérdés megválaszolására a korrelációs technika, az aggregált adatok nem alkalmasak,²² ezért szofisztikáltabb módszerekre van szükség.²³

²⁰ A. J. Gelenberg – M. E. Thase – R. E. Meyer – F. K. Goodwin – M. M. Katz – H. C. Kraemer: The history and current state of antidepressant clinical trial design: a call to action for proof-of-concept studies, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008, 69, 1513–1528.

²¹ J. Singer: Az oknyomozás szürke eminenciása, *Psychiatria Hungarica*, 1997, 12 (2), 279.

²² R. D. Gibbons – K. Hur – D. K. Bhaumik – J. J. Mann: The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62 (2), 165–172; J. G. Bramness – F. Walby: Ecological studies and the big puzzle of falling suicide rates (Editorial), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 169–170.

²³ S. Greenland: Divergent biases in ecologic and individual-level studies, *Statistics in Medicine*, 1992, 11 (9), 1209–1223; P. Burges – J. Pirkis – D. Jolley – H. Whiteford – S. Saxena: Do nations' mental health policies, programs and legislation influence their suicide rates? An ecological study of 100 countries, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38 (11–12), 933–939; J. Wakefield: Ecologic studies revisited, *Annual Review of Public Health*, 2008, 29, 75–90.

A szuicidológiában használt ökológiai vizsgálatok egy-két dilemmáját jelezzük alább úgy, hogy az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) adatállományából kapott adatok alapján készült számításainkat is bemutatjuk.

1. Az ökológiai vizsgálatok során jelentkező egyik alapvető probléma, hogy nem ismerjük a népességben a *major depressziós betegek számát*. Magyarországon kevés, eltérő mérőeszközökkel történt vizsgálat áll rendelkezésre, kis mintákat mérve.²⁴ Pontos központi monitorozásra lenne szükség (standard diagnosztikus kategóriákkal), melynek segítségével a betegek sorsa, állapota követhető lenne. Ezzel a nyilvántartással ugyanis pontosabb választ kaphatnánk arra a másik alapvető kérdésre is, hogy hazai viszonyok között a (*major*) *depresszióban szenvedő betegek* közül hány százalék lesz öngyilkos. Ez a kérdés máig nem tisztázott. A világirodalomban egy régebbi vizsgálat 15%-ot mutatott,²⁵ amit azóta is „kontrollálatlanul és kritika nélkül idéz az irodalom,”²⁶ noha egy korszerűbb vizsgálat szerint lényegesen kisebb szám(ok)ról van szó.

2. A monitorizált adatrögzítés során pontos képünk lenne arról is, hogy az öngyilkosok hány százaléka szenvedett valóban depresszióban. Ennek felmérésére jelenleg csak az ún. *pszichológiai boncolás* (*psychological autopsy*) módszere áll rendelkezésre. Terjedelmes irodalmából ismert, hogy a módszer *nem standardizált*, sok komoly *methodikai* és értékelési hibaforrást hordoz (az interjú időkerete, körülményei, típusa, az informátorok száma és jellemzőik, kontrollpopuláció léte, milyensége, a depresszió definíciója, preconcepció),²⁷ az eredmények többnyire „túlpszichiátrizáltak”.²⁸ Ezek eredménye, hogy az irodalomban 30 és 90% közötti adatok olvashatók arról, hogy az öngyilkosok hány százaléka volt depressziós tette idején.

²⁴ Szádóczky E. – Papp Zs. – Vitray J. – Füredi J.: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében, *Orvosi Hetilap*, 2000, 141, 819, 17–22; Zonda T. – Paksi B.: Az alföldi-dunántúli népesség sajátos lelki alkatának, mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel (Kutatási beszámoló az Egészségügyi Minisztérium részére), Budapest, 2001.

²⁵ S. B. Guze – E. Robins: Suicide and primary affective disorders, *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, 437–438.

²⁶ J. M. Bostwick – V. Pankratz: Affective disorders and suicide risk: A reexamination, *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 1925–1932.

²⁷ J. Beskow – B. Runeson – U. Åsgård: Psychological Autopsies: Methods and ethics, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1990, 20 (4), 307–323; J. Beskow – B. Runeson – Åsgård, U.: Ethical aspects of psychological autopsy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 84, 482–487; E. S. Shneidman: The psychological autopsy, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1981, 11, 325–340; B. Runeson – J. Beskow: Reactions of survivors of suicide victims to interview, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83, 169–173; T. M. Kelly – J. J. Mann: Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: A comparison with clinician ante-mortem diagnosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 94, 337–343.

²⁸ D. De Leo: Suicide prevention is far more than a psychiatric business, *World Psychiatry*, 2004, 3 (3), 155–156.

Eddig három hazai pszichológiai boncolás történt, mindhárom fővárosi népességre korlátozódott (a legutóbbi Pest megyére is), de az *országos viszonyokról becsült értékünk sincs*. E három vizsgálatban a depressziósnak ítéltető áldozatok aránya: 43%²⁹; 36%³⁰, illetve 49%³¹ volt.

Érdemes megjegyezni, hogy az 1988-ban végzett vizsgálatban a 200 öngyilkos személy 15%-a részesült antidepresszáns kezelésben, a 2009-ben készült felmérésben ez az adat 20%-nak bizonyult. *A hatalmas és permanens AD-kampány és a többszörösére emelkedett kereskedelmi forgalmazás mellett ez igen szerény eredménynek tűnik, és aligha szól amellett, hogy a két vizsgálat közötti 21 év alatt bekövetkezett, közel 50%-os hazai öngyilkosság-csökkenést megmagyarázza*. (Valós adatok úgy lennének nyerhetők, ha az öngyilkosságok esetében történő hatósági boncolás során – a véralkohol vizsgálat analógiájára – elvégeznék az antidepresszánsok szintjének vizsgálatát is).

3. A receptet kapó betegek megközelítőleg *pontos* (standardizált) *diagnózisa sem megoldott*. Ez egyre nagyobb probléma, mert a depresszió diagnózisa az utóbbi évtizedekben parttalanul kitágult, azaz olyan állapotok kapnak „depresszió” diagnózist, amelyek az élet történéseinek törvényszerű velejárói évezredek óta, gyógyszeres kezelésre mindenesetre nem szorulnak. „Az egészségügy, az orvosi tevékenység a mindennapi állapotok egyre szélesebb körét vonja be a patológia bűvkörébe és minősíti patológiásnak, majd ajánl rá remediumot is. Nem ilyen-e a premenstruációs distressz vagy premensturációs szindróma, vagy ilyenek az időskori memóriaproblémák.”³² Az ún. *medikalizáció* folyamata ez, melyről több prominens hazai tanulmány is olvasható.³³

4. A pontos regisztráció hiányában nem ismerjük a depressziós személyeknek, illetve a *más betegségben szenvedőknek* felírt antidepresszánsok *megoszlását* sem. Az antidepresszánsokat ugyanis számos más pszichiátriai, neurológiai vagy más betegség, állapot kezelésére is használja az orvostudomány, melyek nem, vagy lényegesen alacsonyabb öngyilkossági rizikót hordoznak, mint a major depresszióban szenvedők. (Pl. pánikzavar, fóbiák, PTSD, GAD,

²⁹ M. Arató – E. Demeter – Z. Rihmer – E. Somogyi: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, 77 (4), 454–456.

³⁰ T. Zonda: One-hundred cases of suicide in Budapest (A case-controlled psychological autopsy study), *Crisis*, 2006, 27 (3), 125–129.

³¹ K. Almási – N. Belső – N. Kapur – R. Webb – J. Cooper – S. Hadley et al.: Risk factors for suicide in Hungary: a case-controlled study, *British Medical Psychiatry*, 2009, 9, 451 (Online: 2009 July 28. doi: 10.1186/1471-244X-9-45).

³² L. Tringer: Mozaik, *Lege Artis Medicinae*, 2003, 14 (7), 530–531.

³³ Bánfalvi A.: A „törvényen kívüli” szomorúság, *Lege Artis Medicinae*, 2003, 13 (7), 576–577; Pikó B.: A depresszió: kórtünet és kortünet, *Lege Artis Medicinae*, 2004, 14 (4), 294–295; Szebik I.: Neuroetika, *Lege Artis Medicinae*, 2014, 24 (4), 234–240.

kényszerbetegség, evészavarok, premenstruális diszfória, fülzúgás, fájdalom szindrómák, demenciák, enuresis stb). Ezek az eltérések önmagukban nem hordozzák a befejezett öngyilkosság kockázatát. Az irodalom többsége szerint ritkán fordul elő kísérlet, inkább szuicid ideációk jelentkezhetnek. Az esetleg bekövetkező öngyilkosság csak *komorbid* állapotokban fordul elő, többnyire a depresszió vagy a személyiségzavar a hangsúlyosabb összetevő.

A fenti alapvető probléma vizsgálatára nyílt lehetőségünk az Országos Egészségügyi Pénztártól kapott adatok alapján. Ennek során a hazai használatban lévő antidepresszívumok (NO6AA, NO6AB, NO6AG, NO6AX) összesített gyógyszerári (ambuláns) forgalmát elemeztük a WHO által javasolt DDD/1000fő/nap formátumban, a 2007 és 2010 közötti időszakban. Mivel hazánkban a vényeken 2006-tól kötelező a BNO-10 szerinti diagnózis feltüntetése is, módunk nyílt arra, hogy a BNO-10 (DSM-IV-TR-rel kompatibilis) kategóriái szerint szétválogassuk az antidepresszívumot kapott betegcsoportokat, a táblázatban felsoroltak szerint. (F00-F03 [demenciák]; F063 [organikus affectív zavarok]; F25 [schizoaffectív rendellenességek]; F30-39 [affectív rendellenességek]; F40-48 [neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek]; F50 [szorongásos, evési zavarok]). A neurológiai és egyéb okok miatt felírt AD-ok az „Egyéb” kategóriába kerültek.

Az öngyilkossági adatok a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából valók. A *kórházi AD használat* az országos fogyasztásnak mindössze 2,55 %-át tette ki 2007 és 2010 között (OEP és IMS adatok szerint), tehát az országos AD forgalom elenyésző része esik csak a kórházi kezelésekre, messze túlnyomó része a gyógyszerárakban (ambulanter) zajlik, így az AD használat megoszlásának országos vizsgálatára egyértelműen alkalmas.

2. táblázat. A jelzett kórformákban szenvedő járóbetegek által kiváltott antidepresszív szerek (DDD/1000fő/nap) százalékos megoszlása Magyarországon (2007–2010)

BNO-kód	Év				Betegségcsoport
	2007	2008	2009	2010	
Egyéb	9,86	7,9	7,33	6,98	
F40-F50	32,92	32,76	32,23	31,8	Szorongás, evészavar
F06.3	3,67	4,58	5,47	6,16	Org. hangulatzavar
F25-F25.9	1,13	1,19	1,11	0,09	Szkizoaffectív zavar
F30-F39	51,64	53,04	53,45	54,09	Hangulatzavarok

Az eredményeket a 2. táblázat mutatja, mely szerint hazánkban az *antidepresszánsok közel felét* (46,07%-át) *nem-depressziós betegek számára írták fel*

az általunk vizsgált 4 évben, tehát a felírt antidepresszívumoknak csak 54%-át (53,93%) rendelték a magas szuicid rizikót magukban hordóknak, ami alighanem a vizsgált évek előtt és azóta is így volt, illetve van. Ebből nyilvánvaló, hogy az antidepresszánsok kereskedelmi forgalma és a szuicid ráták közötti negatív korrelációs kapcsolatot mutató eddigi számolás és grafikus ábrázolás – túl az elméleti problémákon – *nem a valós állapotokat mutatták*.

5. Az ökológiai vizsgálatok értékelésének másik csapdája, az *expozíció nagysága*: vagyis van-e elegendő kockázatnak kitett személy, hogy a teljes népesség kockázatának változását képviselje?³⁴ Hazánkban még *a kezelt depressziós betegek számát is csak becsülni tudjuk, közülük sem ismerjük a kb. 40% körüli nem együttműködő (non-compliance) és a 30% körüli non-responder (a gyógyszerre nem, vagy alig reagáló) betegek számát*. Az OEP adatai alapján az antidepresszánsok *csaknem* felét (44,7%) túlnyomórészt a háziorvosok írják fel Magyarországon, akiknek túlterheltsége miatt arra van idejük, hogy a szakorvosi engedély birtokában (1–3 havonta) felírják az antidepresszívumot, ami *nem tekinthető ún. kezelési alkalomnak*. (Mellesleg szakirányú ellátást sem várhatunk el tőlük).

Az antidepresszánsok receptkiváltási száma tehát egyáltalán nem tekinthető a major depresszió kezelések *indikátorának*. Merő spekuláció tehát olyan gyakori major depresszió kezelésszámról beszélnünk Magyarországon, mely egy bizonyos érték fölé emelkedvén az öngyilkosság-megelőző hatást populáció szinten képviselni tudná.

6. Az sem ismert az ökológiai vizsgálatokban, hogy az öngyilkos áldozatok hány százaléka állt *adekvát antidepresszív kezelés alatt* tettének elkövetésekor, ami egyértelműen magában hordozza az ökológiai tévkövetkeztetés (*ecological fallacy*) lehetőségét. Könnyen elképzelhető ugyanis, hogy a valós adatok birtokában az emelkedett AD-használatnak tulajdonított öngyilkosságok számának csökkenését azok körében találnánk, akik nem is kaptak antidepresszív kezelést.³⁵ Ez a körülmény Dániában fel is merült,³⁶ a fentebb említett hazai pszichológiai boncolások nem az országos viszonyokat vizsgálták, mutatták.

³⁴ J. G. Bramness – F. Walby.: Ecological studies and the big puzzle of falling suicide; M. Plummer – D. Clayton: Estimation of population exposure in ecological studies, *Journal of the Royal Statistical Society (B Statistical Methodology)*, 1996, 58 (1), 113–26.

³⁵ J. Wakefield: Ecologic studies revisited, *Annual Review of Public Health*, 2008, 29, 75–90; W. S. Robinson: Ecological correlations and the behavior of individuals, *American Sociological Review*, 1950, 15 (3), 351–357; S. Piantadosi – D. P. Byar – S. B. Green: The ecological fallacy, *American Journal of Epidemiology*, 1998, 127, 893–904.

³⁶ B. Jancin: Recent declining suicide rates not tied to antidepressant use, *Clinical Psychiatry News*, 2005, 33 (6), 22; Erlangsen – E. Agerbo – K. Hawton – Y. Conwell: Early discontinuation of antidepressant treatment and suicide risk among persons aged 50 and over: a population-based register study, *Journal of Affective Disorders*, 2009, 119 (1–3), 194–199.

7. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy a valóban sürgős segítségre szoruló major depressziósok nagy százaléka (főként a férfiak) nem veszik igénybe, sőt visszautasítják a pszichiátriai ellátást („nem vagyok én bolond”), noha így számos tragikus esemény elhárítható lenne. Lester foglalja össze tömören a világszerte ismert szomorú jelenséget: „A probléma azonban a pszichiátriai megközelítési móddal túlságosan gyakran is az, hogy a valódi öngyilkos nem szokott konzultálni a pszichiáterrel, hogy az megfelelően diagnosztizálja és kezelje. Könnyű retrospektíve fantáziálni, mi történhetett volna, ha ezek az öngyilkosok felkeresték volna a pszichiátert és megkapták volna a hatásos kezelést. A valóság azonban az, hogy ezt nem szokták megtenni, hanem megölik magukat”.³⁷

Az öngyilkosság megelőzésének pszichiátriai problémája, ugyanúgy, mint az öngyilkosság-megelőző centrumoké is, hogy döntően arra számítanak, hogy a páciens felkeresi a megfelelő intézményt. Technikailag nem kivitelezhető, hogy a szakember kimenjen a területre, hogy „megkeresse minden 100.000 ember közül azt az egynéhányat, akik feltehetően meg fogják ölni magukat az elkövetkező időben”.³⁸

8. Az ökológiai vizsgálatoknál csak a két vizsgálandó jelenség közötti *kapcsolat* jelentkezik, *kauzalitás* nem. Jelen esetben a helyzetet tovább bonyolítja az a tény is, hogy az antidepresszánsok nem az öngyilkosságra hatnak *direkt módon*, hanem egy pszichiátriai betegségre, amelynek egyik szövődménye lehet az öngyilkosság. *Az antidepresszánsok tehát áttételes, indirekt, preventív hatást igyekeznek kifejteni nem ismert számú depressziós betegek ismeretlen hányadánál, nem kiszámítható hatásban és mértékben.*

Számos kapcsolat mutatható ki az öngyilkossági ráták és más gyógyszerek használata között. Norvégiában például az öngyilkosságok csökkenése és az angiotensin-II-receptor blokkolók (vérnyomáscsökkentő szer) növekvő értékesítése között találtak markáns negatív korrelációt.³⁹ Ugyanezt tapasztaltuk hazánkban a koleszterinszintet csökkentő sztatinok eladása (OEP adatok) és az öngyilkossági ráták alakulása között (2. ábra). Mégse mondhatjuk, hogy a sztatin gyógyszercsoport meredeken emelkedő használata okozta volna az öngyilkosságok hazai csökkenését. (Inkább arról vannak irodalmi adatok, hogy az alacsony koleszterinszint depresszogén és öngyilkossági készletet fokozó hatású!⁴⁰ Még az sem állítható, hogy a sztatinok növekvő használata okozta a

³⁷ D. Lester: Az öngyilkosság megelőzésének új megközelítési módjai, *Psychiatria Hungarica*, 1990, V. évf. 2, 97–102.

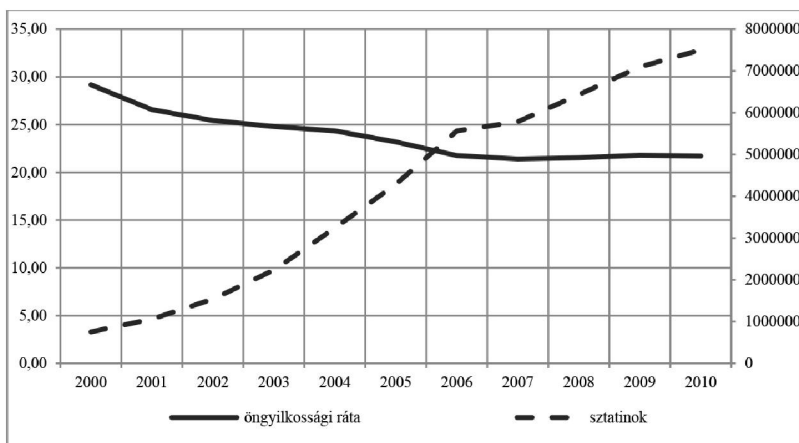
³⁸ Uo.

³⁹ J. G. Bramness – Walby, F.: Ecological studies and the big puzzle of falling suicide rates, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 169–170.

⁴⁰ H. Engelberg: Low serum cholesterol and suicide, *Lancet*, 1992, 339, (8795), 727–9; M. Zureik – D. Courbon – P. Ducimetière: Serum cholesterol concentration and death from suicide in men:

cerebrovascularis mortalitás markáns hazai csökkenését 1990 és 2012 között (54,2%).⁴¹ Az örvendetes adat mögött ugyanis még számos fontos tényező áll (országos stroke-program, sürgősségi CT lehetőség, thrombolysis, a thrombocyta aggregációt befolyásoló szerek kiterjedt használata, dohányzás csökkenése stb.). Ezért a megsokszorozódott sztatin-fogyasztás kiemelése és *túlhangsúlyozása* a cerebrovascularis halálozás csökkenésében is valótlan és tudománytalan álláspont lenne).

2. ábra. Az öngyilkossági ráta (elsődleges tengely) és a sztatínok használatának (másodlagos tengely) alakulása 2000 és 2010 között Magyarország



9. Szükséges megjegyezni, hogy az ökológiai vizsgálatokban sokszor szerepel az AD-felírás, -kiváltás és -használat, melyek egymástól jelentősen eltérő értelmű szavak, s a fogalmak nem pontos használata téves összefüggéseket eredményez.

ELLENTMONDÓ EREDMÉNYT MUTATÓ ÖKOLÓGIAI VIZSGÁLATOK A SZAKIRODALOMBAN

A fentebb felsorolt és a másutt részletezett statisztikai-matematikai problémák (idősorok hossza, stacionaritás biztosítása)⁴² miatt korántsem meglepő, ha a 3.

Paris prospective study I, *British Medical Journal*, 1996, 14, 13 (7058), 649–651.

⁴¹ WHO European Health for All database (HFA-DB, 2016)

⁴² Z. Kmetty – K. Bozsonyi – T. Zonda: An ecological study of Hungarian suicide data using complex statistical methods, *European Journal of Psychiatry*, 2016, 30, 4, 293–303.

táblázatban számos olyan ökológiai tanulmányt tudunk említeni, melyek *nem találtak negatív összefüggést* az emelkedő AD rendelés (használat) és az öngyilkossági ráták között, vagy vegyes (bizonytalan) eredmény mutatkozott. Az egyik legalaposabb metaanalízis (1970–2007), 19 ökológiai vizsgálatból csak nyolcat talált elfogadhatónak.⁴³

3. táblázat. Az antidepresszívumok használata és az öngyilkossági ráták összefüggéseit ökológiai módszerrel vizsgáló, negatív vagy kevert eredménnyel járó kutatások

Vizsgáló(k)	Ország	Vizsgálat ideje	AD használat és szuicid ráta	Eredmény
Oravec ¹	Szlovénia	1986–1990		nincs kapcsolat
Oravec et al. ²	Szlovénia	1985–1997		nincs kapcsolat
Kapusta et al. ³	Ausztria	1991–2005	Együtt hatott az AD és a pszichoterápeuták „sűrűsége”	vegyes kapcsolat
Barbui et al. ⁴	Olaszország	1998–1996		nincs kapcsolat
Guaiana et al. ⁵	Olaszország	1995–2000		nincs kapcsolat
Guaiana et al. ⁶	Olaszország	2000–2005		nincs kapcsolat
Kelly et al. ⁷	Írország	1988–1999	AD használat ↑ öngyilkosság ↑	nincs kapcsolat
Largery et al. ⁸	Írország	1984–2002	AD használat ↑ öngyilkosság ↑	nincs kapcsolat
Wheeler et al. ⁹	UK	2003–2008	AD használat ↑ / öngy. ráta nem változott	nem bizonyító
Morgan et al. ¹⁰	UK	1993–2002	aggregált adatok	nem bizonyító
Biddle et al. ¹¹	UK	1968–2005	aggregált adatok	nem bizonyító
Gibbons et al. ¹²	UK	1996–1998	aggregált adatok	nem bizonyító
Kessler et al. ¹³	USA	1990–1992 2001–2003	Ellentmondó eredmények	nincs kapcsolat
Safer & Zito ¹⁴	WHO, USA	2007		nincs kapcsolat
Helgason et al. ¹⁵	Izland	1950–2000	AD használat ↑, / öngy. ráta nem változott	nincs kapcsolat
Bjarnason ¹⁶	Izland	1965–1978	Pszichiátriai ellátás ↑ / öngy.ráta nem változott	nincs kapcsolat
Sondergrad et al. ¹⁷	Svédország	1995–1999		vegyes kapcsolat

⁴³ R. J. Baldessarini – L. Tondo – I. M. Strombom – S. Dominguez – J. Fawcett – J. Licinio et al.: Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks, *Harvard Review of Psychiatry*, 2007, 15 (4), 133–45.

Johannessen et al. ¹⁸	Norvégia	1990–2006	Pszichiátriai ellátás ↑ / mortalitás változatlan	nincs kapcsolat
Reseland et al. ¹⁹	Skandináv országok	1990–1999	Öngy. ráta előbb ↓ mint az AD emelkedése	nem bizonyító
Dahlberg & Lundin ²⁰	Svédország	1990-es évek	Csökkenés csak a fiatalok körében	vegyes kapcsolat
Zahl et al. ²¹	Skandináv országok	1990–1998		nincs kapcsolat
Titelman et al. ²²	Skandináv országok	1980–2009	AD használat ↑ / öngy. ↓ / gazdasági-szociális helyzet is kif. nőtt	nem bizonyító
Ludwig & Marcotte ²³	26 ország	1980–2000	Adat- és metodikai problémák (l.: szöveg)	nem bizonyító
Gusmão et al. ²⁴	29 ország	1980–2009	Metodikai problémák (l.: szöveg)	nem bizonyító
Almed-P et al. ²⁵	Andalúzia	1975–2012	AD használat, öngy. ráta, munkanélküliség	nincs kapcsolat

↓ = csökkent; ↑ = emelkedett

¹ Oravetz R.: Adalékok a „Gotland vitához”. Szlovén szuicidológiai adatok alapján, *Szenvedélybetegségek*, 1999, 4, 209–314.

² R. Oravec – B. Czigler – F. Leskosek: Correlation between suicide rate and antidepressant use in Slovenia, *Archives of Suicide Research*, 2003, 7, 279–285.

³ N. D. Kapusta – T. Niederkrotenthaler – E. Etzersdorfer – M. Voracek – K. Dervic – E. Jandl-Jager et al.: Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 236–242.

⁴ C. Barbu – A. Campomori – B. D'Avanzo – E. Negri – S. Garattini: Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34 (3), 152–156.

⁵ G. Guaiana – M. Andretta – E. Griez – B. Biancosino – L. Grassi: Sales of antidepressants, suicides and hospital admissions for depression in Veneto Region, Italy, from 2000 to 2005: an ecological study, *Annals of General Psychiatry*, 2011, 30, 10 (1), 24, doi: 10.1186/1744-859X-10-24.

⁶ G. Guaiana – M. Andretta – L. Corbari – M. Mirandola – A. Sorio – B. D'Avanzo et al.: Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66 (6), 750–755.

⁷ C. B. Kelly – T. Ansari – T. Rafferty – M. Stevenson: Antidepressant prescribing and suicide rate in Northern Ireland, *European Psychiatry*, 2003, 18, 325–328.

⁸ M. Largey – C. B. Kelly – M. Stevenson: A study of suicide rates in Northern Ireland 1984–2002, *Ulster Medical Journal*, 2009, 78 (1), 16–20.

⁹ B. W. Wheeler – D. Gunnell – C. Metcalfe – P. Stephens – R. M. Martin: The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study, *British Medical Journal*, 2008, 8, 336 (7643), 542–545.

¹⁰ O. W. C. Morgan – C. Griffiths – A. Majeed: Association between mortality from suicide in England and antidepressant prescribing: an ecological study, *British Medical Journal*, 2004, 4, 63, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/63> (Letöltés: 2018. június 25.)

- ¹¹ L. Biddle – A. Brock – S. T. Broockes – D. Gunnell: Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study, *British Medical Journal*, 2008, 336, 539–42.
- ¹² R. D. Gibbons – K. Hur – D. K. Bhaumik – J. J. Mann: The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62 (2), 165–72.
- ¹³ R. C. Kessler – P. Berglund – G. Borges – M. Nock – P. S. Wang: Trend in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003, *JAMA*, 2005, 293, 2487–95.
- ¹⁴ D. J. Safer – J. M. Zito: Do antidepressants reduce suicide rates?, *Public Health*, 2007, 121 (4), 274–7.
- ¹⁵ T. Helgason – H. Tómasson – T. Zoega: Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data, *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 157–162.
- ¹⁶ O. Bjarnason: Association between changes in psychiatric services and increases in suicide rates, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1982, 32 (1), 15–23.
- ¹⁷ L. Søndergård – K. Kvist – A. G. Lopez – P. K. Andersen – L. V. Kessing: Temporal changes in suicide rates for persons treated and not treated with antidepressants in Denmark during 1995–1999, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, 114 (3), 168–76.
- ¹⁸ H. Johannessen – G. Dieserud – B. Claussen – P-H. Zahl: Changes in mental health services and suicide mortality in Norway: an ecological study, *British Medical Center, Health Services Research*, 2011, 11, 68, doi: 10.1186/1472–6963–11–68.
- ¹⁹ S. Reseland – I. Bray – D. Gunnell: Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries, *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, 354–358.
- ²⁰ M. Dahlberg – D. Lundin: Antidepressants and the suicide rate: is there really a connection?, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2005, 16, 121–41.
- ²¹ P. H. Zahl – D. De Leo – Ø. Ekeberg – H. Hjelmeland – G. Dieserud: The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries, *British Medical Center Psychiatry*, 2010, 10, 62.
- ²² D. Titelman – H. Oskarsson – K. Wahlbeck – M. Nordentoft – L. Mehlum – G. X. Jiang et al.: *Nordic Journal of Psychiatry*, 2013, 67 (6), 414–423.
- ²³ Ludwig – D. E. Marcotte: Anti-Depressants, Suicide and Drug Regulation, *Journal of Policy Analysis and Management*, 2005, 24, 2, 249–272.
- ²⁴ R. Gusmão – S. Quimzão – D. McDaid – E. Arensman – C. van Audenhove – V. Coffey et al.: Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study, *Plos One*, www.plos one.org, June 2013/Volume 8/Issue 6/e66455 (Letöltés: 2018. június 25.)
- ²⁵ J. Alameda-Palacios – M. Ruiz-Ramos – B. García-Robredo: Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain), *Gaceta Sanitaria*, 2014, 28 (4) 309–312.

Minél több országot vonunk be az ökológiai vizsgálatba, annál nagyobb a torzítás a különböző adatbázisok, források, az eltérő egészségügyi ellátás és a kulturális különbségek miatt. A 3. táblázatból két példát szükséges kiemelnünk. Ludwig és Marcotte 27 ország adatait vizsgálták.⁴⁴ A szerzők maguk is jelzik eredményeik számos limitációját. Azt látták, hogy az öngyilkosságok csökkenése erősen korcsoportfüggő, de az SSRI-használat korcsoport szerinti bontása nem ismert. A közlemény másik komoly problémája, hogy az új antidepresszánsoknak a

⁴⁴ J. Ludwig – D. E. Marcotte: Anti-depressants, suicide, and drug regulation.

gyógyításban (kereskedelemben) történt megjelenési időpontja több országban nem valós, mert a szerzők által megadott forgalomba kerülés dátumai *gyári adatok*, nem az adott országok hivatalos szerveinek engedélyezési dátumai.

Az engedélyezési folyamat időnként és helyenként éveket vehet igénybe (Ausztriában 3 évet, Belgiumban 2 évet [Michael Mayr személyes közlése], Spanyolországban másfél évet [Sáiz személyes közlése]), és a gyógyszerári forgalom értékelhető növekedése ezt követően ismét legalább 1-2 év. Magyarországon 1990 helyett 1994-ben jelentkezett az első érdemi SSRI-forgalomemelkedés, amikor a hazai öngyilkossági ráta 6, az idősek korcsoportjában már 10 éve csökkent. Dániában az SSRI-szereket 1988-ban vezették be, de már 8 éve csökkent az öngyilkosságok száma (Erlangen személyes közlése). Az új AD-szerek fogyasztása a többi skandináv országban is később kezdődött, mint az öngyilkosságok csökkenése.⁴⁵

Vitatható eredményeket mutat egy másik tanulmány is, amely 29 európai állam 1980 és 2009 közötti öngyilkossági, valamint AD adatai között keres összefüggést. A szerzők a tanulmány nagy részében korrelációs technikák segítségével mutatják be a két változó közötti összefüggéseket.⁴⁶ Adataik forrása (érthetően) nem egységes, vizsgálatuk eredményei a magas multikollinearitás miatt megkérdőjelezhetők (GDP és az AD-ok magas korrelációja).

Közölt ábráik egy része is mutatja, hogy sok országban *az öngyilkossági ráták csökkenése már elkezdődött az AD-ok felfutása előtt* (Magyarország, Észtország, Szlovákia, Szlovénia, Horvátország, Bulgária, Svájc, Lettország). Vizsgálatuk szerint az AD-ok emelkedő használata következtében az öngyilkosságok csökkenése Európa minden országában észlelhető, kivéve Portugáliát. A WHO adatai szerint azonban Csehszlovákiában már 1970 óta (!) csökken az öngyilkosságok száma, az ország 1993-ban történt kettéválása után a folyamat folytatódott Csehországban és Szlovákiában. A vizsgált időszakban pár országban (Hollandia, Izland, Izrael) inkább stagnálás volt megfigyelhető, emelkedés mutatkozott Lengyelországban, Spanyolországban, Írországban, igen markáns emelkedés történt Máltán.⁴⁷

A szerzők joggal jegyzik meg, hogy az általuk felsorolt számos limitáció és zavaró körülmény miatt igen óvatosan kell értelmezni eredményeiket. Konklúziójuk azon mondatával viszont messzemenően egyet kell érteni, hogy törekedni kellene rá, hogy biztosítsuk az AD-k optimális használatát azok számára, akik valóban rászorulnak, *szemben sok olyannal, akik talán indokolatlanul szedik azokat*.

⁴⁵ S. Reseland – I. Bray – D. Gunnell: Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries.

⁴⁶ R. Gusmão et al.: Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study.

⁴⁷ WHO European Health for All database (HFA-DB, 2016)

Szükséges egy-két új ökológiai vizsgálat eredményének megemlézése, melyek kapcsolatban állnak témánkkal, nem erősítve az antidepresszív teóriát.

– Egy nemzetközi (*cross-national*) vizsgálat nem talált kapcsolatot az öngyilkosságok aránya és a mentális egészségügy-politika különböző intézkedései között; sőt, szignifikánsan *pozitív korreláció* volt az öngyilkosságok száma és a teljes egészségügyi költségvetésnek a mentális egészségre költött hányada között; az öngyilkosságok aránya magasabb volt azokban az országokban, amelyekben jobbak a mentális egészségügyi szolgáltatások (több pszichiátriai ágy, pszichiáter, pszichiátriai ápoló, képzett mentális segítő szakember).⁴⁸

– A WHO, az ENSZ Statisztikai Osztálya és a Central Intelligence Agency World Fact forrásait felhasználva egy kutatás 191 ország rendelkezésre álló öngyilkossági adatait és a mentális egészségügyet szolgáló paramétereit vizsgálta. *Szignifikánsan pozitív kapcsolat* mutatkozott az öngyilkossági ráták és a mentálhigiénés rendszer ($p < 0.001$) között (pszichiáterek száma [$p < 0.006$], pszichiátriai ágyak száma [$p < 0.001$]). Sajátosan paradox állapotot talált ez a vizsgálat is: a jobb pszichiátriai ellátó rendszerrel rendelkező országokban magasabb az öngyilkossági ráta. Mivel a téma összetett, a talált eredmény interpretációja óvatosságot igényel, de a szerzők azt sugallják, hogy a *populáció-alapú népegészségügyi stratégiák jobb eredményt hozhatnak* a nemzeti öngyilkossági rátákban, mint az egyedi szinten gyógyító egészségügyi szolgálatok.⁴⁹

– Az OECD országok adatbázisán (eddig legnagyobbnak jelzik a szerzők) végzett vizsgálat szerint statisztikailag szignifikáns, habár *gyengén pozitív* kapcsolatot tapasztaltak az AD-rendelés és az öngyilkossági ráták között.⁵⁰

MEGBESZÉLÉS ÉS KONKLÚZIÓK

1. Vizsgálódásunk azt mutatta, hogy az ökológiai vizsgálatok (számos gyakorlati és elméleti probléma miatt) nem bizonyítják azt a feltételezést, hogy egy adott populációban az antidepresszánsok emelkedő használata a csökkenő öngyilkossági ráták *meghatározó oka* lenne. Mivel az ökológiai vizsgálatokban

⁴⁸ Shah, A. – Bhandarkar, R. – Bhatia G.: The relationship between general population suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study, 2010, *Journal of Social Psychiatry* 2010, 56 (4), 448–53.

⁴⁹ Rajkumar, A. P. – Brinda, E. M. – Duba, A. S. – Thangadurai, P. – Jacob, K. S.: National suicide rates and mental health system indicators: An ecological study of 191 Countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2013, 36 (5–6), 339–342.

⁵⁰ Kamat, M. A. – Edgar, L. – Niblock, P. – McDowell, C. – Kelly, C. B.: Association between antidepressant prescribing and suicide rates in OECD countries: an ecological study, *Pharmacopsychiatry*, 2014, 47 (1), 18–21.

nem ismert a vizsgált populációban öngyilkossá vált depressziós személyeknél az antidepresszívum használatának ténye, az ilyen vizsgálatok eredményeiben mindenkor benne van az ún. ökológiai tévkövetkeztetés (*ecological fallacy*) lehetősége. Bizonyító erejű eredményeket csak a valóban kezelt betegek individuális ismerete és követése hozna.

2. Az OEP 4 éves mintájából kiderült, hogy Magyarországon az AD-ok *csaknem felét (46,07%) nem major depressziós betegeknek rendelik*. Az így lényegesen kisebb számú kezelésbe vett depressziós betegek közül sem ismert a nem együttműködő és a terápia-rezisztens betegek száma. Mindezek miatt az antidepresszívumok *felírásának*, illetve *kiváltásának száma* nem indikátora a valóban kezeltnek, illetve a kezelések számának Magyarországon sem, vagyis nincs elegendő kockázatnak kitett személy, hogy a teljes népesség kockázatának változását képviselje.

3. Az irodalomban megjelent ökológiai vizsgálatok közül 1) több országban végzett ökológiai vizsgálat *nem tudta bizonyítani* az antidepresszívumok használatát és az öngyilkossági ráták közötti inverz kapcsolatot; 2) vagy nem konzekvens, *vegyes eredmények* jelentkeztek; 3) számos országban *előbb kezdődött el* az öngyilkossági ráták csökkenése, mint az antidepresszánsok használatának értékelhető emelkedése. (Így történt ez Magyarországon is, ahol 6 évvel [az idősök körében 10 évvel] előbb indult el az öngyilkosságok markáns csökkenése, mint az AD-ok eladásának emelkedése. Ugyanakkor a hazai öngyilkossági ráta stagnálásának ideje alatt [2009-2010] *az AD-forgalom tovább emelkedett!*).

4. Ahhoz, hogy a *valóban depressziós* betegek minél előbb és minél magasabb számban adekvát kezelésbe kerüljenek, a társadalom edukációja lenne szükséges, és egy országos monitoring bevezetése, ezekkel jobb (és bizonyítható) eredményeket lehetne elérni. Ugyanakkor érdemes lenne megszívlelni az öngyilkossággal kutatás egyik kiemelkedő művelőjének szavait is: „Az öngyilkosság messze túlmutat a depresszióon vagy bármely más mentális zavaron, és az antidepresszánsok nem tekinthetők a végső, legjobb megoldásnak a problémára.”⁵¹

BIBLIOGRÁFIA

AJTAY GY. – BÉRDI M. – SZILÁGYI S. – PERCZEL-FORINTOS D.: Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban, *Psychiatria Hungarica*, 2012, 27, (2), 92–102.

⁵¹ De Leo, D.: International Association of Suicide Prevention (IASP) *Newsletter*, 2003 July.

- ALAMEDA-PALACIOS, J. – RUIZ-RAMOS, M. – GARCÍA-ROBREDO, B.: Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain), *Gaceta Sanitaria*, 2014, 28 (4), 309–12.
- ALMÁSI, K. – BELSŐ, N. – KAPUR, N. – WEBB, R. – COOPER, J. – HADLEY, S. ET AL.: Risk factors for suicide in Hungary: a case-controlled study, *British Medical Psychiatry*, 2009, 9, 451 (Online: 28 July 2009, doi: 10.1186/1471-244X-9-45).
- ARATÓ, M. – DEMETER, E. – RIHMER, Z. – SOMOGYI, E.: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, 77 (4), 454–456.
- AURSNES, I. – TVETE, I. F. – GAASEMYR, J. – NATVIG, B.: Even more suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo, *British Medical Psychiatry*, 2006, 6, 55 (Online: 28 Nov. 2006, doi: 10.1186/1471-244X-6-55).
- BALDESSARINI, R. J. – TONDO, L. – STROMBOM, I. M. – DOMINGUEZ, S. – FAWCET, J. – LICINIO, J. et al.: Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks, *Harvard Review of Psychiatry*, 2007, 15 (4), 133–45.
- BARBUI, C. – CAMPOMORI, A. – D’AVANZO, B. – NEGRI, E. – GARATTINI, S.: Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34 (3), 152–156.
- BÁNFALVI A.: A „törvényen kívüli” szomorúság, *Lege Artis Medicinae*, 2003, 13 (7), 576–577.
- BESKOW, J. – RUNESON, B. – ÅSGÅRD, U.: Psychological Autopsies: Methods and ethics, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1990, 20 (4), 307–323.
- BESKOW, J. – RUNESON, B. – ÅSGÅRD, U.: Ethical aspects of psychological autopsy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 84, 482–487.
- BIDDLE, L. – BROCK, A. – BROOCKES, S. T. – GUNNELL, D.: Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study, *British Medical Journal*, 2008, 336, 539–42.
- BJARNASON, O.: Association between changes in psychiatric services and increases in suicide rates, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1982, 32 (1), 15–23.
- BOSTWICK, J. M. – PANKRATZ, V.: Affective disorders and suicide risk: A reexamination, *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 1925–1932.
- BRAMNESS, J. G. – WALBY, F.: Ecological studies and the big puzzle of falling suicide rates, (Editorial), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 169–170.

- BROWN, G. K. – HAVE, T. – HENRIQUES, G. R. – XIE, S. X. – HOLLANDER, J. E. ET AL: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial, *Journal of American Medical Association*, 2005, 294 (5), 563–570.
- BUDA B.: Gotland, depresszió, öngyilkosság-kutatás, *Szenvedélybetegségek*, 1999, 6, 457–462.
- BUDA B.: *Az elme gyógyítása*, Budapest, Háttér, 2011, 368–372.
- BURGES, P. – PIRKIS, J. – JOLLEY, D. – WHITEFORD, H. – SAXSENA, S.: Do nations' mental health policies, programs and legislation influence their suicide rates? An ecological study of 100 countries, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38 (11–12), 933–939.
- DAHLBERG, M. – LUNDIN, D.: Antidepressants and the suicide rate: is there really a connection?, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2005, 16, 121–41.
- DE LEO, D.: Suicide prevention is far more than a psychiatric business, *World Psychiatry*, 2004, 3 (3), 155–156.
- DE LEO, D. – FRAN CZ, C. P.: Why are we not getting any closer to preventing suicide? (Editorial), *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181, 372–374.
- DE LEO, D.: International Association for Suicide Prevention (IASP), *Newletter*, 2003 July.
- DEFAULT, B. – KLAR, N.: The Quality of Modern Cross-Sectional Ecologic Studies: A Bibliometric Review, *American Journal of Epidemiology*, 2011, 174 (10), 1101–1107.
- DERVIC, K. – JANDL-JAGER, E. – SONNECK, G.: Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 236–242.
- DIDHAM, R. C. – MCCONNELL, D. W. – BLAIR, H. J. – REITH, D. M.: Suicide and self harm following prescription of SSRI and either antidepressants: confounding by indication, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2005, 60, 5, 519–525.
- ENGELBERG, H.: Low serum cholesterol and suicide, *Lancet*, 1992, 339 (8795), 727–729.
- ERLANGSEN, A. – AGERBO, E. – HAWTON, K. – CONWELL, Y.: Early discontinuation of antidepressant treatment and suicide risk among persons aged 50 and over: a population-based register study, *Journal of Affective Disorders*, 2009, 119 (1–3), 194–199.
- FERGUSON, D. – DOUCETTE, S. – CRANLEY GLASS, K. – SHAPIRO, S. – HEALY, D. – HEBERT, P. ET AL.: Association between suicide attempts and

- selective serotonin reuptake inhibitors: Systematic review of randomised controlled trials, *British Medical Journal*, 2005, 330 (7488), 396, doi: 10.1136/bmj.330.7488.396.
- GELENBERG, A. J. – THASE, M. E. – MEYER, R. E. – GOODWIN, F. K. – KATZ, M. M. – KRAEMER, H. C.: The history and current state of antidepressant clinical trial design: a call to action for proof-of-concept studies, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008, 69, 1513–1528.
- GIBBONS, R. D. – HUR, K. – BHAUMIK, D. K. – MANN, J. J.: The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62 (2), 165–172.
- GOLDNEY, R. D.: Prediction of suicide and attempted suicide, in Hawton, K. – Heeringen, K. Van (eds.): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester, John Wiley & Sons, 2000, 585–595.
- GOLDNEY, R. ET AL.: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition, *British Medical Journal*, 1998, 15, 317, 441–447.
- GREENLAND, S.: Divergent biases in ecologic and individual-level studies, *Statistics in Medicine*, 1992, 11 (9), 1209–1223.
- GRYSMAN, N. H.: Sponsorship, antidepressant dose, and outcome in major depressive disorder: meta-analysis of randomized controlled trials, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2012, 73 (2), 277–287.
- GUAIANA, G. – ANDRETTA, M. – GRIEZ, E. – BIANCOSINO, B. – GRASSI, L.: Sales of antidepressants, suicides and hospital admissions for depression in Veneto Region, Italy, from 2000 to 2005: an ecological study, *Annals of General Psychiatry*, 2011, 30, 10 (1), 24. doi: 10.1186/1744-859X-10-24.
- GUAIANA, G. – ANDRETTA, M. – CORBARI, L. – MIRANDOLA, M. – SORIO, A. – D’AVANZO, ET AL.: Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66 (6), 750–755.
- GUNNELL, D. – FRANKEL, S.: Prevention of suicide: aspiration and evidence, *British Medical Journal*, 1994, 308, 1227–1233.
- GUZE, S. B. – ROBINS, E.: Suicide and primary affective disorders, *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, 437–438.
- GUSMÃO, R. – QUIMZÃO, S. – MCDAID, D. – ARENSMAN, E. – VAN AUDENHOVE, C. – COFFEY, V. – VÄRNIK, A. – VÄRNIK, P. – COYNE, J. – HEGERL, U.: Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study, *Plos One*, www.plosone.org, Jun 2013/Volume 8/Issue 6/e66455.

- HAWTON, K. – ARENSMAN, E. – TOWNSEND, E. – BREMNER, S. – FELDMAN, E. – PRAAG, H. M. VAN: A stubborn behavior: the failure of antidepressants to reduce suicide rates, *World Journal of Biological Psychiatry*, 2003, 4 (4), 184–191.
- HELGASON, T. – TÓMASSON, H. – ZOEGA, T.: Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data, *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 157–162.
- ISACSSON, G.: Suicide prevention – a medical breakthrough?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102, 113–117.
- JAROSZ, M.: Suicide in Poland as an indicator of sociological disreulation, *Social Indicators Research*, 1985, 16, 449–464.
- JANCIN, B.: Recent declining suicide rates not tied to antidepressant use, *Clinical Psychiatry News*, 2005, 33 (6), 22.
- JOANNIDIS, J. P.: Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2008, 27, 3, 14, doi: 10.1186/1747-5341-3-14.
- JOHANNESSEN, H. – DIESERUD, G. – CLAUSSEN, B. – ZAHL, P-H.: Changes in mental health services and suicide mortality in Norway: an ecological study, *British Medical Center, Health Services Research*, 2011, 11, 68, doi: 10.1186/1472-6963-11-68.
- KAMAT, M. A. – EDGAR, L. – NIBLOCK, P. – MCDOWELL, C. – KELLY, C. B.: Association between antidepressant prescribing and suicide rates in OECD countries: an ecological study, *Pharmacopsychiatry*, 2014, 47 (1), 18–21.
- KAPUSTA, N. D. – NIEDERKROTENTHALER, T. – ETZERSDORGER, E. – VORACEK, M. – DERIC, K. – JANDL-JAGER, E. ET AL.: Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119, 236–242.
- KELLY, C. B. – ANSARI, T. ET AL.: Antidepressant prescribing and suicide rate in Northern Ireland, *European Psychiatry*, 2003, 18, 325–328.
- KELLY, T. M. – MANN, J. J.: Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: A comparison with clinician ante-mortem diagnosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 94, 337–343.
- KESSLER, R. C. – BERGLUND, P. – BORGES, G. – NOCK, M. – WANG, P. S.: Trend in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003, *JAMA*, 2005, 293, 2487–95.
- KIRSCH, I. – DEACON, B. J. – HUEDO-MEDINA, T. B. – SCOBORIA, A. – MOORE, T. J. – JOHNSON, B. T.: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, *PLOS Medicine*, 2008, 5 (2), 45, doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.

- KIRSCH, I.: Antidepressants and the placebo response, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2009, 18 (4), 318–322.
- KMETTY, Z. – BOZSONYI, K. – ZONDA, T.: An ecological study of Hungarian suicide data using complex statistical methods, *European Journal of Psychiatry*, 2016, 30, 4, 293–303.
- KOLOZSI B.: A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1988-as csökkenése és annak összetevői, *TBZ Bulletin*, 1990, 17, 169–184.
- LARGEY, M. – KELLY, C. B. – STEVENSON, M.: A study of suicide rates in Northern Ireland 1984-2002, *Ulster Medical Journal*, 2009, 78 (1), 16–20.
- LESTER, D.: Az öngyilkosság megelőzésének új megközelítési módjai, *Psychiatria Hungarica*, 1990, V. 2., 97–102.
- LUDWIG, J. – MARCOTTE, D. E.: Anti-Depressants, Suicide and Drug Regulation, *Journal of Policy Analysis and Management*, 2005, 24, 2, 249–272.
- MÄKINEN, I. H.: Eastern European transition and suicide mortality, *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (9), 1405–1420.
- MILNER, A. – MCCLURE, R. – DE LEO, D.: Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2012, 47 (1), 19–27.
- MORGAN, O. W. C. – GRIFFITHS, C. – MAJEED, A.: Association between mortality from suicide in England and antidepressant prescribing: an ecological study, *British Medical Journal*, 2004, 4 63, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/63>.
- ORAVECZ R.: Adalékok a „Gotland vitához”. Szlovén szuicidológiai adatok alapján, *Szenvedélybetegségek*, 1999, 4, 209–314.
- ORAVECZ, R. – CZIGLER, B. – LESKOSEK, F.: Correlation between suicide rate and antidepressant use in Slovenia, *Archives of Suicide Research*, 2003, 7, 279–285.
- PERCZEL-FORINTOS D. – POÓS J.: Kiút a kiúttalanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében, *Psychiatria Hungarica*, 2008, 1, 1–26.
- PIANTADOSI, S. – BYAR, D. P. – GREEN, S. B.: The ecological fallacy, *American Journal of Epidemiology*, 1998, 127, 893–904.
- PIKÓ B.: A depresszió: kórtünet és kortünet, *Lege Artis Medicinae*, 2004, 14 (4), 294–295.
- PLUMMER, M. – CLAYTON, D.: Estimation of population exposure in ecological studies, *Journal of the Royal Statistical Society (Stat. Methodology)*, 1996, 58 (1), 113–126.
- PRAAG, H. M. VAN: Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates?, *Crisis*, 2002, 23 (2), 77–82.

- PRAAG, H. M. VAN: A stubborn behaviour: the failure of antidepressants to reduce suicide rates, *World Journal of Biological Psychiatry*, 4 (4), 184–191.
- RAJKUMAR, A. P. – BRINDA, E. M. – DUBA, A. S. – THANGADURAI, P. – JACOB, K. S.: National suicide rates and mental health system indicators: An ecological study of 191 Countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2013, 36 (5–6), 339–342.
- RESELAND, S. – BRAY, I. – GUNNEL, D.: Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries, *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, 354–358.
- ROBINSON, W. S.: Ecological correlations and the behavior of individuals, *American Sociological Review*, 1950, 15 (3), 351–357.
- RUNESON, B. – BESKOW, J.: Reactions of survivors of suicide victims to interview, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83, 169–173.
- SAFER, D. J. – ZITO, J. M.: Do antidepressants reduce suicide rates?, *Public Health*, 2007, 121 (4), 274–277.
- See comment in PubMed Commons below SHAH, A. – BHANDARKAR, R. – BHATIA, G.: The relationship between general population suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study, *International Journal of Social Psychiatry* 2010, 56 (4), 448–53.
- SHERRILL, J. T. – KOVACS, M.: Nonsomatic treatment of depression, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2002, 11 (3), 579–593.
- SHNEIDMAN, E. S.: The psychological autopsy, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1981, 11, 325–340.
- SINGER, J.: Az oknyomozás szürke eminenciása, *Psychiatria Hungarica*, 1997, 12 (2), 279.
- SINYOR, M. – SCHAFER, A. – SMART, K. A. – LEVITT, A. J. – LANCTÔT, K. L. – WAKEFIELD, J.: Ecologic studies revisited, *Annual Review of Public Health*, 2008, 29, 75–90.
- SØNDERGÅRD, L. – KVIST, K. – LOPEZ, A. G. – ANDERSEN, P. K. – KESSING, L. V.: Temporal changes in suicide rates for persons treated and not treated with antidepressants in Denmark during 1995–1999, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, 114 (3), 168–76.
- SZÁDÓCZKY E. – PAPP ZS. – VITRAY J. – FÜREDI J.: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében, *Orvosi Hetilap*, 2000, 141 819, 17–22.
- SZEBIK I.: Neuroetika. *Lege Artis Medicinae*, 2014, 24 (4), 234–240.
- SZENDI G.: *Antidepresszáns és placebo*, Budapest, Országos Alkohológiai Intézet, 2004.

- THASE, M. E.: Do antidepressants really work? A clinicians' guide to evaluating the evidence, *Current Psychiatry Reports*, 2008, 10, 487–494.
- TITELMAN, D. – OSKARSSON, H. – WAHLBECK, K. – NORDENTOFT, M. – MEHLUM, L. – JIANG, G. X. ET AL: Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980-2009, *Nordic Journal of Psychiatry*, 67 (6), 414–423.
- TRINGER L.: Mozaik, *Lege Artis Medicinae*, 2003, 14 (7), 530–531.
- TURNER, E. H. – MATTHEWS, A. M. – LINARDATOS, E. – TELL, R. A. – ROSENTHAL, R.: Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *The New England Journal of Medicine*, 2008, 358, 252–60.
- WHEELER, B. W. – GUNNELL, D. – METCALFE, C. – STEPHENS, P. – MARTIN, R. M.: The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study, *British Medical Journal*, 2008, 8, 336, 542–545.
- WHO European Health for All Database, 2016. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
- ZAHL, P. H. – DE LEO, D. – EKEBERG, Ø. – HJELMELAND, H. – DIESERUD G.: The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries, *British Medical Center Psychiatry*, 2010, 10, 62, <http://www.biomedcentral.com/1471-44X/10/62>.
- ZHANG, J. – MA, J. – JIA, C. – SUN, J. – GUO, X. – XU, A. ET AL.: Economic growth and suicide rate changes: a case in China from 1982 to 2005, *European Psychiatry*, 2010, 25 (3), 159–163.
- ZONDA T.: A magyar öngyilkossági ráta csökkenésének lehetséges okai, in Filó M. (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat – Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*, Budapest, Medicina, 2013, 138–150.
- ZONDA T. – PAKSI B.: Az alföldi-dunántúli népesség sajátos lelki alkatának, mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel (Kutatási beszámoló az Egészségügyi Minisztérium részére), Budapest, 2001.
- ZONDA, T.: One-hundred cases of suicide in Budapest. A case-controlled psychological autopsy study, *Crisis*, 2006, 27 (3), 125–129.
- ZUREIK, M. – COURBON, D. – DUCIMETIÈRE, P.: Serum cholesterol concentration and death from suicide in men: Paris prospective study I, *British Medical Journal*, 1996, 14, 13 (7058), 649–51.

AZ ÖNGYILKOSSÁGI STATISZTIKÁK VALIDITÁSÁNAK BUKTATÓI



ZONDA TAMÁS

ELŐZMÉNYEK

A halálozási adatok szolgálnak az öngyilkosságok epidemiológiai információinak elsődleges forrásul, ezek használhatók a leíró elemzésekben, az etiológiai kutatásokban, valamint a nemzeti megelőzési stratégiák kialakításában. Statisztikusok, epidemiológusok, szociológusok, pszichológusok és közegészségügyi szakemberek több mint száz éve veszik igénybe ezt a nem mindig könnyen hozzáférhető információforrást. Az öngyilkossági halálozások elemzésénél szokásos az öngyilkossági adatokat és a halálozási arányokat felhasználni a közegészségügyi terhek, a kockázati csoportok, az időbeli trendek és a nemzetközi egyenlőtlenségek felmérésénél, összehasonlításánál.

Az öngyilkosság-regisztrációt megbízhatónak tekintették közel egy évszázadon át. Ennek egyik oka azon tapasztalat volt, hogy a szuicid ráták, a nemi és életkori ráták hosszú időn át konstansnak mutatkoztak. A hivatalos és szabályozott adatgyűjtés bevezetése az 1800-as évek második felén-végén valósult meg a civilizált Európa csaknem minden országában.

A 20. század elején jelentek meg először az öngyilkossági statisztikák érvényességéről és megbízhatóságáról szóló tanulmányok. Stengel¹ már korán megállapította, hogy a nemzetközi összehasonlítások megbízhatatlanok. A 30-as években Zilboorg rámutatott arra, hogy bizonyos halálesetek, amelyek a valószínűségben öngyilkosságok voltak (pl. öngyilkos közlekedési *balesetek*, vagy azok az öngyilkossági kísérletek, amely esetében az elkövető *a kísérlet következtében később halt meg*), ritkán, vagy soha nem kerültek az öngyilkossági regisztrációba.²

A WHO 1974-es felmérésében megállapította, hogy gyakorlatilag teljes káosz uralkodik az öngyilkosságok statisztikáiban, ami mögött az eltérő klasszifikációs

¹ E. Stengel: *Suicide and attempted suicide*, London, Pelican Books, 1971.

² L. Kolmos – E. Bach: Sources of error in registering suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1987, 336, 76, 22–43.

eljárások, a halál okát megállapítók igen eltérő minőségű képzettsége és több egyéb ok szerepel, és megállapítja, hogy az adatok realitása nem megfelelő, valamint, hogy azok nem használhatók epidemiológiai és szociodemográfiai kutatásokhoz.³ Egyre szaporodtak az egyes országoknak a WHO-ba küldött öngyilkossági adataiban (joggal) kételkedők száma, akiknek többsége aluldiagnosztizáltak találta a közölt adatokat.

Különösen az angolszász területek adataiban kételkedtek a szerzők és egyre gyakrabban fogalmazódott meg az, hogy a nem valid adatok miatt a nemzetek közötti komparatív vizsgálatok nem tekinthetők érvényesnek.⁴

A torz eredmények (alulbecslés) mértéke 10-30% között mozog.⁵ Legmarkánsabb példa erre a portugál öngyilkosságok 1980-tól tartó komoly alulregisztrált-sága (*underreporting*).⁶

A probléma nem mutatott javuló tendenciát, mert egy 2005-ös WHO jelentés szerint „2003 végén 115 országban álltak rendelkezésre halálloki regisztrációs adatok, de komplett módon azok csak 64 országban voltak elérhetők.” A részletes vizsgálat végkövetkeztetése az volt, hogy „kevés ország rendelkezik olyan minőségű mortalitási adatokkal, amelyek felhasználhatók ahhoz, hogy megfelelő módon támogassák az öngyilkosság-prevenció egészségpolitika kimunkálását és végrehajtását. Sürgősen szükség van az országok halálozási nyilvántartási rendszereinek kidolgozására”.⁷

³ WHO Chronicle: *Suicide statistic: the problem of comperability*, 1976, 29, 188–193.

⁴ J. F. Connolly – A. Cullen: Under-reporting of suicide in an Irish county, *Crisis*, 1995, 16 (1), 34–38; C. H. Cantor – A. A. Leenaars – D. Lester: Under-reporting of suicide in I eland (1960–1989), *Archives of Suicide Research*, 1997, 3, 5–12; F. L. Nelson – N. L. Farberrow – D. R. MacKinnon: The certification of suicide in eleven western states: an inquiry into the validity of reported suicide rates, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1978, 8 (2), 75–88; B. M. Barraclough: Differences between national suicide rates, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 122, 95–96; S. S. Chang – J. A. Sterne – T. H. Lu – D. Gunnell: 'Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan, *Social Psychiatry and Epidemiology*, 2010, 45 (2), 43–52; M. J. Kelleher – P. Corcoran – K. L. Keeley – K. Dennehy – I. O'Donnell: Improving procedure for recording suicide statistics, *Irish Medical Journal*, 1996, 89, 14–15; K. R. Linsley – K. Schapira – T. P. Kelly: Open verdict vs. suicide – importance to research, *British Journal of Psychiatry*, 2001, 189, 465–468; I. O'Donnell – R. Farmer: The limitations of official suicide statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 458–461.

⁵ A. Ohberg – J. Lonnqvist: Suicides hidden among undetermined deaths, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98, 214–218; H. M. Sampson – G. N. Rutty: Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992–1997, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1999, 6, 72–76.

⁶ E. F. de Castro – F. Pimenta – I. Martins: The truth about suicide in Portugal, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 80, 334–339.

⁷ C. D. F. Mathers – D. M. Fat – M. Inoue – C. Rao – A. D. Lopez: Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, *Bulletin of World Health Organisation*, 2005, 83 (3), 171–177.

Megjelent azonban egy-két kevésbé kritikus tanulmány is, melyek azt állították, hogy a hibák ellenére a statisztikák mégis alkalmasak *bizonyos összefüggések* felmérésére,⁸ bár ügyelni kell a regionális összehasonlításokra.⁹

A WHO öngyilkossági adatait nézve megállapítható az is, hogy az egyes nemzetek adatközlési fegyelme is erősen kifogásolható, aminek az okát nem lehet érteni. A pontos adatbázis előállításában kétségtelenül lehetnek akadályok (pl. elhúzódozó vegyészeti analízisek), melyek azonban az adatok éves késésének vagy hiányának indokát nem képezhetik. (Vannak adatok arra is, hogy bizonyos esetekben presztízskérdésként kezelték ezt az ügyet.) A WHO-nak nagyobb erélyt kellene kifejtenie, emellett az országos adatok időben történő közlésére egységesített és szabályozott klasszifikációs szabályokat kellene kidolgoznia és azokat be is kellene tartatnia. Az ugyanis igen visszatetsző, hogy a WHO interneten is elérhető adatbázisában e sorok írásakor (2017. 08. 23.) az 53 országból (az európai és a volt Szovjetunióból kivált országok) 23 nem közölte még a 2014-es és 2015-ös adatait sem, Izland és Albánia utolsó adatai 2007-től hiányzanak, Szlovénia utolsó adata 2010-es, Oroszorszáég pedig 2011-ből való.¹⁰

AZ ÖNGYILKOSSÁGI STATISZTIKÁK VALIDITÁSÁNAK KÉRDÉSEI

A fentiekből kitűnik, hogy az öngyilkossági statisztikák meglehetősen megbízhatatlanok, ami több komoly következménnyel jár. Mint említettük, a statisztikák szabják meg az egyes országok egészségügyi politikáját, az öngyilkosság-prevenció módjait. S ezen a két legfontosabb feladaton túl a pontos és helyes módszerekkel kutatót és értelmezett adatbázisok sokban elősegíthetnék, hogy az egyes népeiségek, populációk eltérő öngyilkossági sajátosságainak okait felderíthessük.

Az öngyilkossági halálozások statisztikai minősítése kétségtelenül meglehetősen nehéz, számos buktatóval nehezített folyamat. Az elkövető tettével és halálával kezdődik és a helyes, gyakran nem könnyen megállapítható diagnózist követően végződik, ez utóbbi a hivatalos halálozási statisztikába kerül (házánkban a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisába).

⁸ P. Sainsbury – J. S. Jenkins: The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research, *Journal of Epidemiological Community Health*, 1982, 36 (1), 43–48; B. M. Barraclough: The effect that coroners have on the suicide rate and the open verdict, in H. E. Hare – J. K. Wing (eds.): *Psychiatric Epidemiology*, London, Oxford University Press, 1970, 361–365.

⁹ M. Monk, M.: Epidemiology of suicide, *Epidemiologic Reviews*, 1987, 9, 51–69; P. D. Phillips – T. E. Ruth: Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993, 23, 307–319.

¹⁰ WHO HFA database, 2016.

A hangsúly a helyes diagnózison van, amely az esetek többségében egyértelmű, és nem kétséges a kivitelezés körülményei és az igazságügyi orvosi vizsgálat alapján.

A kétséges és eldöntendő esetekkel állhat elő több nehézség, mivel az öngyilkosság ténye nemcsak orvosi, hanem jogi problémát is jelenthet (idegenkezűség kizárása), nem is beszélve a minősítés lehetséges „sorsáról” (család, biztosítás, öröklés stb.).

Mivel az öngyilkosság „nem természetes halál”, ezért minden ilyen esemény esetében speciális minősítésnek kell születnie, amely az önkezűséget megállapítja. A rendkívüli (nem természetes) halál esetében a „halottkém” személye és tevékenysége, majd minősítése (ítélete) a meghatározó. Ebben a kérdésben igen nagy a nemzetközi változatosság, csaknem minden ország jogi és egészségügyi eljárási rendszere eltér egymástól, helyenként komoly mértékben.

Az öngyilkossá nyilvánítás módja *két fő* irány szerint oszlik meg az egyes országokban: a) főként jogi utasítások, kautélák figyelembevételével, az orvosi szempontok másodlagos igénybevételével történő minősítés (coroner-rendszer) révén, illetve b) az igazságügyi orvosi (hatósági, medico-legal) úton, mely szigorúbb eljárásrendszer és a halál minél pontosabb, meghatározására törekszik. Ez utóbbi eljárás egyben szorosabban kapcsolódik a rendvédelmi szervekhez is.

IGAZSÁGÜGYI (HATÓSÁGI, MEDICO-LEGAL) VIZSGÁLAT

A civilizált világ legtöbb országában az igazságügyi (hatósági) boncolás kötelező minden nem természetes halál esetén. Variációk, jogköri eltérések, eljárási sorrendek stb. ebben a rendszerben is fellelhetők, de az érdemi tevékenység mindenütt azonos, és a minősítés (klasszifikáció) jóval kevesebb hibával jár, mint a főként jogi koncepcióval dolgozó coroner rendszer.

A hatósági eljárás igazságügyi orvosi képzettséget igényel, mely priméren patológus szakorvosi képesítést jelent, kellő jogi ismeretekkel. Pár európai országban egyre gyakrabban veszik igénybe az igazságügyi pszichiáter véleményét is, a legfejlettebb ellátás minden esetben elvégzi az ún. pszichológiai boncolást (*psychological autopsy*) is.

Ez utóbbi egy utólagos diagnosztikus vizsgálat, mely a hozzátartozókkal történő konzultációt, a kórelőzmények felvételét, kezelések tényét, idevágó dokumentációk beszerzését és értékelését jelenti az okok és főként az önkezűség minél biztosabb megállapítására. A vizsgálat talán legfontosabb része a megfelelő protokoll szerint összeállított pszichiátriai anamnézis felvétele, amely rekonstruálni igyekszik az elhunyt pszichiátriai (pszichés) állapotát, esetleges

betegségét. A tapasztalat szerint ez kifejezetten hatékony módszer az önkezü halálhoz vezető utak, okok rekonstrukciójában, a hozzátartozók túlnyomó részének megnyugvását segíti elő, többnyire készséggel kooperálnak, az esetleges kezdeti idegenkedés után meggyőzhetőek. Ennek az eljárásnak is van több hibaforrása (a vizsgálat időpontja, hossza, kivitelezésének módja, a hozzátartozó attitűdje, a megfelelő környezet kialakítása stb.), az esetek többségében azonban ezek a buktatók kiküszöbölhetőek (redukálhatók). Rendkívül fontos tudás nyerhető ezen eljárás során: látens (nem ismert) pszichiátriai eltérések derülhetnek ki, melyek bizonyos fokú megkönnyebbülést jelenthetnek a hozzátartozók számára: a bennük gyakran észlelhető önvádolás, bűntudat mérséklődhet.

CORONER RENDSZER

Ma már szinte csak az angolszáz eredetű népesség lakta országokban élő eljárás mód. A coroneri rendszer a középkori Angliában alakult ki, már a 11. században létezett, a normann hódítás (1066) után. A coroner annak idején egyfajta békebíró (vizsgálóbíró) szerepet jelentett, tevékenysége számos más területre is kiterjedt. Ősi eredete miatt mélyen rögzült a hagyományokba, ezért sem nyúlnak hozzá az angolszász területeken, noha funkciója és hatékonysága az öngyilkosságok klasszifikációjában sok problémát vet fel. Mai napig ez a rendszer működik a következő országokban: Egyesült Királyság, Kanada, Hongkong, Írország, Új-Zéland, Észak-Írország, Egyesült Államok, Ausztrália. Funkciója annyi eltérő helyi variációt mutat, hogy magának a tevékenységnek pontos leírására nem vállalkozhatunk, de kiválasztottunk jó pár vizsgálatot, melyek mindegyike jelzi, hogy igen nagy népességek öngyilkossági rátái milyen méretű torzulást mutathatnak.

– Az Egyesült Államokban talán nincs két olyan állam, ahol azonos kritérium lenne a coroner személyét, tevékenységét illetően, az öngyilkossá nyilvánítás klasszifikációs rendszere nincs szabályozva. Egyik államban a halottkémeket *választják*, másutt *kinevezik*. Van, ahol a coroner hivatalban van, másutt csupán alkalmi tevékenységet végez. Nebraska államban a megyei ügyvéd a halottkém, több államban a seriff (!).

Ennek alapja az, hogy a különböző joghatóságok a *halottkém* és *orvosszakértő*t eltérően definiálják. Egyes helyeken a szigorú szabályok megkövetelik, hogy legyen orvos, lehetőleg igazságügyi patológusi képzettséggel, más államokban elég egy bármilyen képzettségű orvos. A helyi törvények határozzák meg azt is, hogy a halálozásokat kell-e egyáltalán halottkémnek vizsgálnia.

Természetesen a viszonyok folyamatosan változnak, egy legutóbbi közlés szerint az Egyesült Államokban évente 2 millió haláleset van, ezek 20%-ában történik halottvizsgálat orvos, vagy más halottkém által. Egy 2002-ben végzett felmérés szerint a halott vizsgálatának tekintetében 22 államban orvosszakértői rendszer, 11 államban halottkémi (coroner) rendszer, 18 államban pedig mindkettő működik.¹¹

– Legalább ennyire „eklektikus” és meglepő a *Kanadában* lévő eljárásrend, az egyes közigazgatási kerületektől függően ott is mindkét módszer hatályos. A provinciák többségében: így például British Columbiában, Saskatchewanben, Quebecben a coroner rendszer érvényes, pár helyen orvos, a többi provinciában jogász végzi a halott vizsgálatát. Orvosi rendszer – igazságügyi patológusokkal – Kanadában csak négy provinciában működik. A további variációkat nem tárgyaljuk.

A 2015-ben megjelent prominens szakkönyv kanadai fejezetének szerzői meg is jegyzik:

Egy forenzikus orvosokból vagy coroner rendszerből álló lehetőség a legtöbb kanadai tartományban vagy területen nem valósítható meg. Jelenleg nincs akkreditációs rendszer Kanadában, és a halál kivizsgálására vonatkozó gyakorlati normák sem egyértelműek. A vezető kórházak és a főorvosi szövetség létrehozott egy munkacsoportot az ilyen szabványok kidolgozására és egy kanadai akkreditációs rendszer megvalósíthatóságára.¹²

Túlzottnak tűnő részletességgel jeleztük, a tudományokban (is) élen járó országok (Egyesült Királyság, Egyesült Államok, Kanada) rendszerét, hogy láthatóvá tegyük, miszerint egységes rendszerről semmilyen tekintetben nem beszélhetünk, ezért aligha szorul bizonyításra, hogy az angolszász lakosságú államok öngyilkossági statisztikáit és az ezekből levont következtetéseket fokozott óvatossággal lehet és kell kezelni.

A coronerek feladata az elhunyt halála okának megállapítása, mely ezt követően a hivatalos, állami regisztrációba kerül. Felelősségük tehát igen nagy, mert ítéletük (az ún. *verdict*) alapján alakul egy-egy ország halálozási statisztikája (így az öngyilkosságé is), amely alapvetően megszabja az állam egészségügyi politikáját, a prevenció útjait, mikéntjeit.

¹¹ R. Hanzlick – D. Combs: Medical examiner and coroner systems: history and trends, *JAMA*, 1998, 18, 279 (11), 870–874.

¹² A. Sauvageau – R. J. Graham: Forensic sciences in Canada, in D. H. Ubelaker (ed.): *The Global Practice of Forensic Science*, Chichester, West Sussex, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2015.

Az „ítélet” lehet öngyilkos minősítés (*suicide verdict*) és *nyitott* ítélet (*open verdict*). Ez utóbbi többféle lehet, (baleset, mérgezés, ismeretlen szándékú, és az ún. narratív). Ez utóbbi tanúk, hozzátartozók stb. meghallgatásából összegződő ítélet.

Összefoglalva: az *open verdict*ek képezik a nem meghatározható (*undetermined death*) halálokat, ami azt jelenti, hogy a halál bekövetkezett, de annak biztos oka nem állapítható meg, esetükben nem mondható ki egyértelműen az elterveltség, szándékosság (*undetermined intent*). Az ilyen típusú bizonytalanság legtöbbször a gyógyszer- és vegyszermérgeзések, illetve a vízbefulladások eseteiben áll fenn, amelyek igazságügyi orvostani szempontból hasonlítanak az öngyilkossághoz,¹³ de az eltervelt önkárosító szándék – mint jeleztük – sokszor nem bizonyítható. Emiatt a coronerek inkább választják az *open verdict*et, mivel az Egyesült Királyságban érvényes rendelkezés szerint a coroner akkor mondhatja ki az öngyilkos *verdict*et, ha minden kétséget kizáróan megállapítható volt az öngyilkosság ténye. Ez oda vezetett, hogy egyre gyakoribbak a nyitott ítéletek (*open verdict*), ami a valós öngyilkossági esetek csökkenésével jár, mely az adott terület vagy ország öngyilkossági rátáinak torzulását, *alulregisztrálását* okozza a statisztikai nyilvántartásban. A felmérések szerint ez a szám 10-30% körül jár.¹⁴

A fentebb említett narratív ítéletek száma az utóbbi években megszorodott, erős kritika érte, ezért annak kiegyenlített, differenciált használatát javasolják, és az utóbbi évtized angliai és walesi öngyilkossági rátáinak igen óvatos kezelésére intenek.¹⁵

Az öngyilkosság jogi definíciója Angliában és Walesben tehát lehetőséget ad arra, hogy az *open verdict*ek száma jelentősen emelkedjék, és alulregisztrált (*underreported*) legyen a hivatalos öngyilkossági ráta. Ez kerül be a nemzetközi szervek adatbázisába is (WHO), torz képet adva az adott ország valós öngyilkossági helyzetéről, ami a tudományos elemzésekben – mint jeleztük – komoly problémát jelent. Az Egyesült Királyságban a szakmát intenzíven foglalkoztatják a coroner rendszer hibái, a téves ítéletek, a coronerek egyenetlen képzettsége, az öngyilkosság iránti eltérő attitűdjeik, mely utóbbiakat több szellemes vizsgálattal próbáltak feltárni. A nagyszámú irodalomból idézünk párat az alábbiakban.

¹³ A. Ohberg – J. Lonnqvist: Suicides hidden among undetermined deaths; Linsley – Schapira – Kelly: Open verdict vs. Suicide – importance to research.

¹⁴ A. Ohberg – J. Lonnqvist: Suicides hidden among undetermined deaths; Sampson – Rutty: Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992–1997.

¹⁵ R. Carroll – K. Hawton – N. Kapur – O. Bnewith – D. Gunnell: Impact of the growing use of narrative verdicts by coroners on geographic variations in suicide: analysis of coroners' inquest data, *Journal of Public Health*. 2012, 34 (3), 447–453.

– A nyitott és az öngyilkos verdiktek között az egymást követő 3-3 éves időszakban, a férfiaknál 1,21 szorzóval, a nőknél 1,15 szorzóval *emelkedtek a nyitott ítéletek*, de az orvos coronerek 1,25-ször többször adtak öngyilkos verdiktet, mint a nem orvos coronerek.¹⁶

– Atkinson és munkatársai két tanulmányra hívják a fel a figyelmet. Az elsőben az angliai és dániai coronerek ítéleteit, értékelési szokásait, indokait igyekeztek feltárni. Lényeges különbség mutatkozott Anglia és Dánia öngyilkossági rátái között, mely a „diagnosztizálási eljárás” különbségeiből adódott. Ez úgy is kiderült, hogy vak módszerrel, ugyanazon anyagokat mindkét ország coronerjeinek csoportjával értékeltették. Kiderült, hogy a dán coronerek sokkal több esetet vélelményeztek öngyilkosságnak, mint az angolok, annak ellenére, hogy Dániában a felmérés idején még szintén coroner rendszer volt érvényben.

A második vizsgálatban a halottképek a mérgezéses haláleseteket vizsgálták Angliában és Walesben. Az eredmények azt mutatták, hogy jelentős különbségek vannak a két terület között a nyitott és az öngyilkos ítéletek között. Ez arra utal, hogy az angliai és walesi halottképek nem egységes kritériumok szerint dolgoznak, ezért az itteni epidemiológiai felméréseket itt is nagy körültekintéssel kell kezelni.¹⁷

– Az ír halottképek jóval kevesebb öngyilkosságot vélelményeztek egy felülvizsgálat alapján, így a hivatalos és „valós” öngyilkossági ráták közötti különbség Írországból nagyobb, mint Angliában, Walesben és Skóciában.¹⁸

– Egy másik retrospektív vizsgálatban a Dél-Yorkshire-ban 1985 és 1991 között 536 öngyilkossá lett személy coroner verdiktjét vizsgálták át *szuicidológusok*, és jóval több öngyilkos ítéletet találtak. *A coronerek ítélete csak 60%-ban volt elfogadható*, így ennyivel kevesebb került a hivatalos statisztikai regisztrációba (!). A vízbefulladásos, a gyógyszeres módok választásában sokkal több *open verdict* született, így a valós arányok lényegesen alúlbecsülteknek bizonyultak. *Ez azért is igen problematikus, mert a kormányzati szervek torz adatokat kapnak, s így döntéseik nem lesznek adekvátak.*¹⁹

¹⁶ J. Neeleman – S. Wessely: Changes in classification of suicide in England and Wales; Time trends and associations with coroners' professional backgrounds, *Psychological Medicine*, 1997, 27, 467–472.

¹⁷ M. W. Atkinson – N. Kessel – J. B. Dalgard: The comparability of suicide rates, *British Journal of Psychiatry*, 1975, 127, 247–256.

¹⁸ P. D. McCarthy – D. Walsh: Suicide in Dublin: The under-reporting of suicide and the consequences for national statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1975, 126, 301–308.

¹⁹ P. N. Cooper – C. M. Milroy: The coroner's system and under-reporting of suicide, *Medical Science of Law*, 1995, 35 (4), 319–326.

– A halottképek verdiktjeit visszamenőleg ellenőrizték (Dél-Yorkshire, 1992–1997). A felülvizsgálók 295 öngyilkosságot találtak, ám ezeknek csak 79%-ában adtak öngyilkos verdiktet a coronerek, s így ez került a hivatalos statisztikákba. A hivatalos nemzeti adatok 20%-kal lettek alábecsülve.²⁰

– Newcastle minden öngyilkos és nyitott verdiktjét vizsgálta át két független szuicidológus (188 öngyilkos és 185 *open verdict*). A 185 nyitott ítéletből 159 áldozatot soroltak át az egyértelműen öngyilkos csoportba (!). Objektív kritériumokat kell kidolgozni, hogy ekkora torzulások ne keletkezessenek, jelzik a felülvizsgálat szerzői.²¹

– A hivatalos angliai öngyilkossági adatok a szuicid verdikteken (ítéleteken) alapulnak, a valóságnál jóval több az *open verdict*ek száma. Szuicidológusok utánvizsgálata 1990 és 1991 között azt mutatta, hogy az általuk öngyilkosságnak minősített eseteknek csak 72%-a kapott öngyilkos verdiktet a coronerektől, ami 2005-re 65,4%-ra csökkent. A kutatók által öngyilkosságnak tartott esetek száma a coronerek verdiktjeivel szemben megduplázódott ezen időszak alatt, 4,6 %-ról 9,1%-ra emelkedett.²²

– A szintén coroner rendszerben működő Ausztráliában is jelentkeznek dokumentációs problémák: egyenlőtlenség a joghatóságok között a dokumentációt illetően (véletlen vagy meghatározatlan halálokok); szabványosítás hiánya, arra vonatkozóan, hogy a coronerek hogyan jelentsék a haláleseteket egész Ausztráliában (!); rendőrségi formanyomtatvány nem létezik, melyen jelenthetnék az eseményt; adminisztratív folyamatok késleltetik a coroner vizsgálatát; idegenkedés néhány halottkém részéről, hogy öngyilkossági ítéletet hozzanak.²³

– Már jeleztük az Egyesült Államokban uralkodó „sokszínű” halottkémi viszonyokat, melyekre már korán, 1978-ban felhívta a figyelmet egy 3 vizsgálóból álló team, melynek egyik tagja „a szuicidológia pápája”, Norman Farberrow volt. A team az Egyesült Államok 11 nyugati parti államában összesen 191 coroner gyakorlatát vizsgálta. Eredményeik a vizsgálati hátterek, a szakmai erőforrások, üzemeltetési eljárások és szabályozó alapszabályok nagy variációjára mutattak rá. Azt találták, hogy mivel a halottkém hivatalosan felelős a halálok módjának

²⁰ Sampson – Ratty: Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992–1997.

²¹ Linsley – Schapira – Kelly: Open verdict vs. suicide – importance to research.

²² D. Gunnell – O. Bennewith – S. Simkin – J. Cooper – E. Klineberg – C. Rodway et al.: Time trends in coroners' use of different verdicts for possible suicides and their impact on officially reported incidence of suicide in England: 1990–2005, *Psychological Medicine*, 2013, 43 (7), 415–422.

²³ S. Walker – L. Chen – R. Madden: Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2008, 32 (2), 126–130.

megállapításáért, amennyiben nem természetes halál merül fel, az észlelt verdiktek eltéréseinek olyan foka jelentkezett, mely egyértelműen megkérdőjelezte az öngyilkossági ráták validitását és összehasonlíthatóságát.²⁴

– Annak megállapítására, hogy alkalmasak-e a coronerek leletei az öngyilkosság módszerének eldöntésére, más szerzők 492 öngyilkos halottkémi rekordját vizsgálták meg Anglia 24 joghatóságában. A demográfiai adatok rögzítését rendben találták, de az áldozatok háziorvosi és/vagy pszichiátriai kapcsolatáról szóló adat alig volt hozzáférhető, a gyógyszeres önmérgezés miatt kórházban elhaltakról kezelési információk, a gyógyszerek plazmaszint mérése nem volt rutinszerűen elérhető; az önakasztásos eseteknél a ligatúra leírása gyakran kimaradt; a löfegyverhasználat esetén az engedélyezés és a tárolás meglelte nem volt rutinszerűen rögzítve stb. Általában igen nagy variáció volt tapasztalható a coronerek között a specifikus módszerekre vonatkozó információkban. A szerzők már 2005-ben joggal hangsúlyozták, hogy *„egy standardizált forma használata nagyban segítené a coronerek munkáját, bővítené ismereteiket az öngyilkosság terén és reprezentatív információforrást jelenthetnének verdiktjeik az öngyilkosság megelőzésében.”*²⁵

A szaporodó szakmai kritikák a megkövesedett coroner rendszeren végül okoztak egy-két repedést: történtek változások. Egy kutatás jelzi, hogy mint több országban, öngyilkosság gyanúja esetében Angliában és Walesben is rutinszerűen törekednek bevonni az igazságügyi orvosi vizsgálatot és a család véleményét az elhalt személy jellemét és motivációit illetően. Eddig ugyanis *a coronerek a halottkémi verdiktek kialakításában alig fordítottak figyelmet a gyászolók reakcióira* (2012-öt írunk!). Egy szerzői csoport 40 mélyinterjút készített gyászolókkal, igyekezve felmérni a verdiktek elfogadását vagy elutasítását, és figyelembe venni a saját magyarázatukat, különösen, ha azok ellentétesek voltak a halottkém ítéletével. A gyászolók egy része, látva, hogy a coroner hagyományos módon gondolkodik az eseményekről, elfogadta az öngyilkos ítéletet. Más rokonok, akik az elhalt személlyel kapcsolatos ismereteikre és hiedelmeikre támaszkodva nem fogadták el az öngyilkos ítéletet, kételkedtek olyan motivációkban, mint például egy *mentális betegség* diagnózisa, *korábbi öngyilkossági kísérletek*, az *alkalmazott módszer és a búcsúlevél*.²⁶

²⁴ F. L. Nelson – N. L. Farberrow – D. R. MacKinnon: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1978, 8 (2), 75–88.

²⁵ O. Bennewith – K. Hawton – S. Simkin – L. Sutton – N. Kapur – P. Turnbull et al.: See comment in PubMed Commons below The usefulness of coroners' data on suicides for providing information relevant to prevention, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2005, 35 (6), 607–614.

²⁶ A. Chapple – S. Ziebland – K. Hawton: A proper, fitting explanation?: suicide bereavement and perceptions of the coroner's verdict, *Crisis*, 2012, 33, (4), 230–238.

Látva a coronerek igen eltérő minősítését, véleményét, meglepő, hogy mind ez ideig nem történt meg egy egységes nemzetközi norma kidolgozása. Noha a coronerek nem ritkán találkoznak öngyilkosságokkal és gyászoló hozzátartozókkal, alig találtak olyan vizsgálatot, amely a coronerek öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjéről szolt volna. Egy nemzetközileg validált kérdőívet (öngyilkossági attitűdbecslés) küldtek valamennyi Írországból és Észak-Írországból működő coronernek. A megkérdezettek 62%-a válaszolt, ezeket a válaszokat analizálták. Kiderült, hogy *minden ötödik coroner elfogadó attitűdöt mutatott*: az öngyilkosságot jogos és igazolható döntésnek tartották, és csak 23%-uk értett egyet azzal, hogy az öngyilkosságban meghaltak rendszerint pszichés betegségben szenvedtek. Kimutatható volt, hogy a coronerek különbözhetnek egymástól a tények interpretációjában, feltehetően személyes meggyőződésük (hitük) és attitűdjük alapján.²⁷

Több tanulmány vizsgálta azokat a szociális és klinikai jellemzőket, amelyek kapcsolatban vannak azzal, hogy egy esetet a coroner öngyilkosságnak, vagy nem annak vélemez. A leggyakoribb befolyásoló hatások közé tartoznak: az *elhunytt életkora*,²⁸ a *kivitelezés módszere*,²⁹ valamilyen *mentális zavar előzménye*³⁰ és a *búcsúlevél hátrahagyása*³¹. A klinikusok és az öngyilkosság-kutatók általában elfogadják az öngyilkosság tágabb definícióját, ellentétben a coronerekkel. Viszonylag kevés tanulmány vizsgált olyan tényezőket, amelyeket a klinikusok is használnak – például a megelőző öngyilkossági gondolatok –, és a halottkémek választott döntésében is szerepet játszanak.³²

Palmer és munkatársai 12 coroner-kerület öngyilkossági verdiktjeit gyűjtötték össze és vélemezítették három tapasztalt öngyilkosság-kutatóval, akik 593 öngyilkosságot találtak, melyek közül a coronerek csak 385-öt (65,4%) vélemeztek öngyilkosságnak. Tanulmányuk végső konklúziója az volt, hogy azokban a kerületekben, ahol a halottkémek magas arányban adtak *narratív* vagy a *véletlen* (akcidentális) verdiktet, ott adott esetben *az öngyilkosságok akár 20%-kal is alábecsültek lehetnek*. Nem lehet véletlen, hogy 2012 szeptemberében új vezető

²⁷ R. Farrow – E. Arensman – P. Corcoran – E. Williamson – I. J. Perry: Irish coroners' attitude towards suicide and its prevention, *Irish Journal of Medical Science*, 2009, 178 (1), 61–67.

²⁸ I. M. K. Ovenstone: A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, 15–21; Linsley – Schapira – Kelly: Open verdict vs. suicide – importance to research.

²⁹ O'Donnell – Farmer: The limitations of official suicide statistics; Sampson – Rutty: Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992–1997.

³⁰ O'Donnell – Farmer: The limitations of official suicide statistics.

³¹ Ovenstone: A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics; Linsley – Schapira – Kelly: Open verdict vs. suicide – importance to research.

³² O'Donnell – Farmer: The limitations of official suicide statistics.

coronert neveztek ki Anglia és Wales területére, akitől azt várják, hogy egységes nemzeti halottkémi eljárási rendszert (szabványt) dolgozzon ki, és új nyomozási szabályzatot, előírást fogalmazzon meg. Hogy ez hogyan és mennyire fogja érinteni a gyakorlatot, azt a jövő fogja megmutatni. Új elem, hogy az öngyilkossági esetekben megfontolandó a bűnügyi bizonyítékok megkövetelése és a narratív verdiktek kiegyensúlyozott alkalmazása.³³

Ha lesz is eredmény, megállapítható, hogy az angolszász országokban működő coroner rendszer igen komoly hibaszázalékkal dolgozott és dolgozik az öngyilkossági statisztikáikat illetően. Ez az országon belüli és a nemzetközi nyilván-
tartást is nagymértékben torzítja, a közvéleményt és a hatóságokat félretájékoztatja. A WHO által publikált adatok komoly revízióra szorulnak, mert ezekkel az adatbázisokkal valid kutatások nem végezhetők, noha évtizedek óta ez történik. Megállapítható az is, hogy az illetékes szervek nem veszik figyelembe azokat a kutatói véleményeket, melyek már egy évtizeddel ezelőtt sürgették a coroner rendszer alapos revízióját, és az öngyilkossági halálozási bizonyítvány érvényességének és homogenitásának javítására tettek javaslatokat. Ilyen javaslatok voltak az *egységes eset-definíció a halottkémek és az orvosok számára; a pszichológiai boncolások következetes végrehajtása; a halottkémek képzése; a beteg akaratának fokozott figyelembevétele (ha volt); a rendelkezésre álló iratok, leletek gondos vizsgálata*.³⁴ Batten az *elhunyt mentális állapotának* minél alaposabb feltárását javasolja minden esetben.³⁵

A javasolt ajánlásokra vonatkozó döntések meghozatalához egy európai munkacsoportot kellene szervezni. Egyre gyakrabban fogalmazódik meg a kérdés, hogy az öngyilkossági adatokon alapuló *jelenlegi ismeretek* elégségesek-e ahhoz, hogy a politikai döntéshozók közegészségügyi beavatkozásokat tegyenek az öngyilkosság ellen. Milyen mértékben lehet megelőzési stratégiákat kidolgozni az öngyilkosságról tudott adatok alapján? Ha nem lesz több kutatás az ilyen kérdések tanulmányozására, akkor az öngyilkossági adatok minősége továbbra is kérdéses maradhat.

³³ B. S. Palmer – O. Bennewith – S. Simkin – J. Cooper – K. Hawton – N. Kapur et al.: Factors influencing coroners' verdicts: an analysis of verdicts given in 12 coroners' districts to researcher-defined suicides in England in 2005, *Journal of Public Health*, 2015, 37 (1), 157–165.

³⁴ L. A. Moyer – C. A. Boyle – D. A. Pollock: Validity of death certificates for injury-related causes of death, *American Journal of Epidemiology*, 1989, 130 (5), 1024–1032; D. A. Jobses – M. Berman – A. R. Josselson: Improving the validity and reliability of medico-legal certifications of suicide, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1987, 17 (4), 310–325; Connolly – Cullen: Under-reporting of suicide in an Irish county.

³⁵ P. J. Batten – L. J. Hicks: The use of mental status in death certification of suicide, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1988, 9 (3), 203–206.

Azt is figyelembe kell vennünk, hogy a szakmai-technikai problémák mellett mindig marad egy-két olyan zavaró mozzanat, mely az öngyilkosságok alábecslését eredményezi, és ennek kiszűrése és/vagy korrekciója aligha lehetséges. Ilyenek a *szociokulturális tényezők* (az adott társadalom merőben eltérő attitűdje, ítélete: pl. bűncselekménynek tartja az öngyilkosságot vagy annak kísérletét. Kutatók szóbeli információja szerint a mai Törökország azért nem szolgáltat öngyilkossági adatokat, mert a társadalom mind a mai napig tabuként kezeli az önkézü halált, és felháborodást váltott ki a statisztika nyilvánosságra hozatala.

A coroneri rendszer túlnyomóan jogi megközelítése rendszeresen vezethet bizonyos típusú öngyilkosságok kizárására, mivel ez a rendszer az öngyilkosságot akkor mondhatja ki, ha az minden kétséget kizáróan kijelenthető (*beyond reasonable doubt*).³⁶

Az irodalomban pár szerző nem lát problémát a regisztrációban, míg a legtöbb esetben a szerzők által feltárt torzítás típusától függően nagy az alulbecslés valószínűsége. Az öngyilkossággá nyilvánítás fő akadályja az, hogy *egyes esetek – a nem meghatározott szándékú események, bizonyos balesetek (mérgezések, illetve vízbefulladás) és az ismeretlen eredetű események – rejtve maradnak*. A „nem meghatározott szándékú események” a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) X. revíziója szerint azok az esetek, amikor „az orvosi, nyomozói vagy egyéb törvény alapján eljáró hatóság által végzett vizsgálat alapján sem volt megállapítható, hogy a sérülések baleset, öngyilkosság vagy emberölés következtében keletkeztek”. A hazai regisztrációs rendszer (KSH) a fenti definíció szerint dolgozik.³⁷

Az utóbbi évtizedben a kutató csapatok már szofisztikáltabb metodikákkal kísérik megközelíteni az öngyilkossági statisztikák torzulásának okait. Várnik és munkatársai nyolc ország öngyilkossági regisztrációját vizsgálták. Hat országban a törvényszéki-orvosi rendszer, kettőben a coroner rendszer működik.

Elemzésükből kiderült, hogy nemcsak a két eltérő rendszerben van érdemi különbség, de az adott rendszereken belül is. A vizsgálatban a meghatározatlan halálok (*undetermined death*) és az öngyilkossági ráták hányadosait elemezték. Azokban az országokban, ahol a meghatározhatatlan haláleset-ráták per öngyilkossági ráták magas értéket mutattak, ott magas a meghatározhatatlan esetek száma (Portugáliában 0,78, Észtországban 0,32, Németországban 0,21), a ráta legalacsonyabb Magyarországon (0,05), Hollandiában, (0,06) és Ausztriában (0,07) volt. Meglepő, hogy nem térnek ki a szerzők a vizsgálatból önként adódó

³⁶ Kelleher – Corcoran – Keeley – Dennehy – O'Donnell: Improving procedure for recording suicide statistics; Linsley – Schapira – Kelly: Open verdict vs. Suicide – importance to research; O'Donnell – Farmer: The limitations of official suicide statistics.

³⁷ WHO HFA database, 2016.

következtetésre, miszerint ahol magas a nem meghatározható szándékú események száma, ott alacsonyabb a „hivatalos” öngyilkossági ráta, vagyis az adott ország öngyilkossági rátája nem valós. (Alacsony értékeknél viszont a valós értékek felé mozdul el az ország hivatalos öngyilkossági rátája). *Végző konklúziójuk, hogy az öngyilkosságok meghatározására szolgáló pontos modellnek tartalmaznia kell a gondos jogi vizsgálatot (nyomozás); az öngyilkossági szándék tisztázását; kötelező a sérüléssel halálos esetén a törvényszéki boncolás; kölcsönös kommunikáció szükséges az egyes hatóságok között.*³⁸

Egy másik fontos vizsgálat a nemzeti összboncolási rátákat, a nem meghatározott (*undetermined*) és a rosszul definiált (*ill-defined*) esetek arányát vizsgálta Európa, Közép- és Észak-Ázsia 35 államában az 1979 és 2007 közötti időszakban, keresztmetszeti és longitudinális vizsgálattal.

A keresztmetszeti vizsgálattal a boncolások 1%-os elmaradása a nemzetek között 0,49/100 000 öngyilkossági ráta eltérést okoz, hosszmetzeti vizsgálat esetén 0,42/100 000 ráta csökkenést. Ha a 19 európai uniós tagországra szűkítették a vizsgálatot, úgy a rátacsökkenés 0,62/100.000 lett.

Megállapítható volt, hogy az öngyilkossági ráta ott magas (és feltehetően közel áll a valós értékekhez), ahol az összboncolási rátából kisebb részt foglal el a nem meghatározott és rosszul diagnosztizált esetek rátája. Az öngyilkossági rátában történt legnagyobb csökkenések *azokban az országokban észlelhetők, melyekben az összboncolási rátában a legnagyobb csökkenést jegyezték be*, és ahol ezen belül a legmagasabb volt a nem meghatározott esetek száma.³⁹

Vizsgálatukban tehát feltehetően Magyarország, Ausztria, Finnország és a három balti állam mutatta a legkevesebb *open verdictet* és a legmagasabb számú *suicid verdictet*. Az egyes országok öngyilkossági rátáinak megbízhatósága tehát az adott országban működő klasszifikációs rendszer pontosságától és ellenőrzött szakszerűségétől függ.

A boncolási ráta növekedése feltehetően csökkenti az öngyilkossággal kapcsolatos téves besorolásokat (*misclassification*), ezért emelkedik az öngyilkosságok számának megjelenése az adott nemzet hivatalos statisztikájában. Magas boncolási rátákkal bíró országok magas (de a valósághoz legközelebb álló) öngyilkossági rátákat közölnek.

A kutatás összegzésével is egyet kell értenünk, miszerint:

³⁸ P. Värnik – M. Sisask – A. Värnik – Z. Laido – U. Meise – A. Ibelshäuser et. al.: Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices, *Forensic Science International*, 2010, 202, 86–92.

³⁹ N. D. Kapusta – U. S. Tran – I. R. H. Rockett – D. De Leo – P. E. Charles – C. H. Naylor et al.: Declining Autopsy Rates and Suicide Misclassification. (A cross-national analysis of 35 countries), *Archives of General Psychiatry*, 2011, Published online June 6. 2011, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011. 66.

1. eredményeik komolyan megkérdőjelezik a nemzeti öngyilkossági statisztikák megbízhatóságát és validitását,
2. *kutatásuk hangsúlyozza annak szükségét, hogy felülvizsgáljunk sok olyan kutatást, amely a külső faktorok öngyilkossági rátákra mért időbeli hatását vizsgálja.*
3. A boncolási rátákban bekövetkező egyidejű csökkenés azt sugallja, hogy az öngyilkossági rátákban megfigyelt csökkenés *részben artefaktum*. Emiatt óvatosan kell kezelni *a prevenció programok olyan értékeléseit, melyek az öngyilkossági ráták változásainak időbeli és térbeli elemzésén alapulnak. Az ilyen kutatások túlbecsülhetik az effajta intervenciók hatékonyságát.*⁴⁰

Magyarországon az öngyilkosságok (és egyéb nem természetes halálok) megállapítása szigorú (hatósági) igazságügyi orvostani vizsgálat alapján történik.

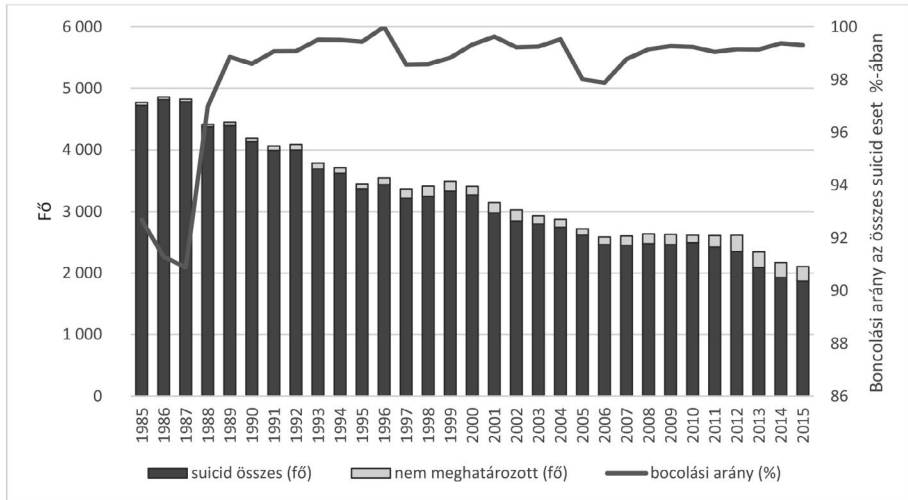
Jelen sorok írója több mint 25 éve felvetette egy nemzetközi szakmai kongresszuson annak a lehetőségét, miszerint a magas magyar öngyilkossági ráta mögött az igen szigorú és pontos klasszifikációs gyakorlat áll, amely még az Osztrák-Magyar Monarchia idejéből hagyományozódott és hat máig is. A magas magyar öngyilkossági ráta tehát részben a pontos és szigorú klasszifikációs gyakorlat eredménye is, mivel több valós öngyilkossági esemény kerül regisztrálásra a hivatalos statisztikában a kötelező igazságügyi boncolás eredményeként. Az 1. ábra igazolni látszik a fenti elképzelést. Magyarországon (a jelzett időszak alatt is) igen alacsony a *nem meghatározott okú öngyilkosságok száma*, ami nyilván az *igen magas hatósági (igazságügyi) boncolások* végzésének eredménye, melyek aránya megközelíti a 100%-ot (98,26%). A főváros hasonló adatai is ezt mutatják.⁴¹

Végezetül az alábbiakban röviden összefoglaljuk a hazai halálozási statisztikai rögzítés történeti folyamatát. Mint az eddig elmondottak mutatják, két modern metodikával végzett vizsgálat is azt mutatta, hogy a hazai magas öngyilkossági ráta talán azért is magas évtizedek óta, mert az öngyilkosságok regisztrációja igen pontosan történik. Indokoltnak tartjuk ezért (is) hazai előzményeit röviden bemutatni.

⁴⁰ Uo.

⁴¹ Dunai Gy. – Keller É. – Sótornyai P.: *Rendkívüli halálozás Budapesten 1945–2010*, Budapest, Semmelweis, 2012.

1. ábra. A halállal végződött öngyilkosságok (X60–X84, Y87.0) száma (fő), az ebből boncolással megállapított halálok (%), valamint a nem meghatározott szándékú események (Y10–Y34, Y87.2) következtében meghaltak száma Magyarországon (saját ábra)



A HAZAI HALÁLOZÁSI STATISZTIKA ELŐZMÉNYEI ÉS MAI GYAKORLATA

A halálozások számbavétele a többi népmozgalmi eseményhez hasonlóan hosszú múltra tekint vissza Magyarországon is.

– Az első népmozgalmi táblázatokat Mária Terézia rendelte el 1768-ban. A főispánok voltak kötelesek az éves adatok rögzítésére helységenként, az adatokat az egyház szolgáltatta. A halálozási adatot vallás, társadalmi állás és nemek szerint rögzítették. A nagyszombati egyetemen is ebben az évben indult el az orvostudomány oktatása.

- 1793/94-ban az államorvostanon belül törvényszéki orvostant is oktattak;
- 1816/17-ban az államorvostan önálló tanszékké alakult;
- Az 1827. évi XXIII. törvénycikk elrendelte az egyházi anyakönyvek másodpéldányainak a törvényhatósági levéltárba való helyezését és őrzését;
- 1946/47-ben megalakult 4 egyetemi tanszék;
- 1953. Törvényszéki Orvostani és Igazságügyi Intézetek megalakulása az orvosegyetemeken;
- a halálokok végső rögzítése a *Magyar Statisztikai Hivatal* feladata.

Az intézmény a kiegyezés évében, 1867-ben alakult meg. Feladatai között szerepelt a népmozgalmi statisztika készítése és rögzítése. Ezt 1867 és 1890 között a hivatal az egyházi anyakönyvekből gyűjtötte be, amelyek igen szegényes adatbázist jelentettek. Halálokra vonatkozó adatok – tárgyunkra nézve sajnálatosan – ebben az időszakban még nem álltak rendelkezésre.

– 1891-től kezdve az egyházi anyakönyvvezetők által számba vett halálozások részleteit bővítették. Az eddigi adatok a belügyminiszter által kiadott *Közegészségügyi jelentések*ben is rögzítésre kerültek (a halottkémek által szolgáltatott adatok alapján), így az elhaltak korára és a halál okára vonatkozóan részletesebb adatokat is tartalmaztak.

– Nagy változást jelentett az 1894. évi XXXIII. törvénycikk, amely 1895 október 1-jétől kötelezővé tette az állami anyakönyvvezetést, amely a mai napig a halálozási adatok forrásául szolgál. Ettől az időponttól kezdve a halálozási statisztikai adatokat egyéni kérdőíves adatszolgáltatás útján gyűjtik. Fontos hangsúlyozni, hogy 1895 óta csak a kérdőív szerkesztésében történtek változások, melyek a halálozási statisztika validitását nagyban elősegítették.

– 1932-től kezdve alkalmazzák a haláloki statisztikában a nemzetközi haláloki jegyzéket, ekkor a IV. revízió volt érvényben, jelenleg a X. revízió szerint dolgozzák fel a haláloki adatokat.

A közelmúltban történt legjelentősebb változások:

– 1988-ban a *Halálozási lap*ról a halálokokat leíró kérdéscsoport lekerült, ettől kezdve a KSH a *Halottvizsgálati bizonyítvány* első példányán kapta meg a halálokra vonatkozó adatokat.

– 1998-ban a *Halálozási lap* foglalkozásra, gazdasági aktivitásra és iskolai végzettségre vonatkozó kérdései a népszámlálás csoportosításainak megfelelően lettek átdolgozva.

– 2005-ben a *Halottvizsgálati bizonyítvány* haláloki kérdéscsoportja az automatizált haláloki feldolgozás követelményei szerint átalakításra került. Ekkor lett bevezetve az *Értesítő a Halottvizsgálati bizonyítvány módosításáról* c. kérdőív.

– 2013-tól a Magyarországon történt halálesetek mellett a hazai lakcímmel rendelkező személyek külföldön történt halálozására is kiterjed, amennyiben az esemény anyakönyvezésére Magyarországon is sor került.

A HATÓSÁGI ÉS AZ IGAZSÁGÜGYI ORVOSI BONCOLÁS HAZÁNKBAN

Magyarországon *rendkívüli halál* esetén hatósági eljárást *kell lefolytatni* és az elhunyt hatósági boncolását kell elrendelni, melynek célja a halál okának, bekövetkezése körülményeinek tisztázása. Rendkívüli az a halál, amelynek természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesse teszik:

- a) bekövetkezésének körülményei bűncselekmény elkövetésére utalnak,
- b) közlekedési vagy foglalkozás körében vagy otthon bekövetkezett baleset okozta vagy annak gyanúja merül föl,
- c) egyéb baleset vagy mérgezés okozta, és a halál bekövetkezésével összefüggésben szükséges a felelősség vizsgálata,
- d) öngyilkosság okozta, vagy a körülmények arra utalnak,
- e) az egészségügyi ellátás során következett be, és az egészségügyi dolgozó foglalkozási szabályszegésének gyanúja merül föl,
- f) bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeretlenek, és nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyekből megalapozottan következtetni lehetne a halál bekövetkeztének körülményeire,
- g) fogvatartott elhalálozása esetén.

Ha a halál körülményeinek *orvosi-kriminálisztikai* szemléletű vizsgálata szükséges, vagy a hatóság a bejelentővel a halál rendkívülisége vonatkozásában nem ért egyet, a hatóság a szemléhez *halottvizsgálati szaktanácsadót* vesz igénybe, aki bejegyzett igazságügyi orvosszakértő, igazságügyi orvostani szakképesítéssel rendelkező személy (nem bejegyzett szakértő), vagy halottvizsgálati szaktanácsadói névjegyzékben szereplő személy.

A halálokok pontos megállapítása és azoknak a hivatalos statisztikába történő bevezetése folyamatában azonban *több definíciós és gyakorlati probléma* jelentkezik, melyek országos szinten nem jelentenek érdemi torzulást, de kiüszöbölhetőek lennének a valós tények elérése érdekében.

– Egyik legmarkánsabb probléma a bármilyen drogtúladagolás következtében bekövetkező, nem természetes halál véletlen vagy voluntáris voltának kérdése.

– A mérgezéses haláloknál kötelezően elvégzendő toxikológiai vizsgálatok sem tudják eldönteni az *akaratlagos* vagy *véletlen* túladagolás tényét, hacsak (igen ritkán) a cselekmény körülményei nem teszik ezt lehetővé (pl. bűcsúlevél).

– Az öngyilkosságok eseteiben is felmerül a pontosan nem meghatározható önkézéség vagy baleset (mérgezés és fulladásos halálok) problémája. Egy, ezt a

problémát vizsgáló kutatási beszámoló öngyilkosságot érintő részleteiből idézőnénk az alábbiakban,⁴² mely vizsgálat az ország néhány a témával foglalkozó, prominens szakembereivel történt interjú alapján készült.

– A halál beálltát megállapító orvos, illetve a rendőrség elsőleges minősítését, a nem természetes halál gyanújának megállapítását és ennek következtében a boncolás elrendelését több tényező befolyásolhatja:

- a szűkebb környezet részéről megnyilvánuló *eltitkolás*, mely hazai vonatkozásban elenyészőnek vehető (külhonban biztosítási okokból sokkal gyakoribb),
- ismert (dokumentált), súlyos szomatikus betegség(ek) tartós fennállása esetén a hozzátartozók intenzív kérése (noha a tudatos gyógyszer-túladagolás nem kizárható),
- az öngyilkosságnak a jogszabályban meghatározott fogalomtól eltérő jellege is okozhat torzításokat. „Ilyen a 80-as években tapasztalt, Zala megyében élő »gyakorlat«, az idősek *hegyremenetele*, amely definitíve kimeríti az öngyilkosság kritériumát, de a helyi társadalom definíciója szerint nem minősül öngyilkosságnak, s többnyire a statisztikában is más haláloki besorolással jelenik meg” (hasonlatosan az Erdélyben ismert tordai bűdös barlangba zárandokoló idősek cselekményéhez).
- „Hatással lehet a nem természetes halálokok regisztrálásának előfordulására a minősítési folyamatban részt vevő intézmények, személyek leterheltsége, mely a több munkával járó »nem természetes halál« minősítés, illetve a boncolást és toxikológiai vizsgálatot elrendelő határozat meghozatala ellen hathat.
- Csökkenthetik továbbá a nem természetes haláloki minősítések számát a különböző betegségek TB finanszírozásának aránytalanságai, melyek a szomatikus betegségek relatíve nagyobb mértékű finanszírozása révén szintén az öngyilkossági és drogfogyasztási haláloki besorolások ellen hathatnak.”

A fenti tényezők következtében a ténylegesnél kevesebb és/vagy más struktúrájú nem természetes halálozás kerül be a további minősítési folyamatba, torzítva a halálozási statisztika megbízhatóságát.

⁴² Paksi B.: Az öngyilkosság és a droggal kapcsolatos halálozás regisztrálása: fogalmak és problémák, in Elekes Zs. – Paksi B.: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*, Budapest, Társadalmi jelzőszám-füzetek, KSH, 2002, 30–41; Paksi, B.: The analysis of suicide causes in the Hungary deviant region. Lecture on the 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Workshop C: Alcohol and suicide, Toronto, 30–31 May 1992.

Ennek mértékére utalhat egy 2000-ben végzett kutatás,⁴³ melynek során néhány, az öngyilkossági halálozással kapcsolatos jelzőszámok validitásának kontrollálására szolgáló kérdést is vizsgáltunk. Az „Ön szerint előfordulhat-e, hogy öngyilkosság esetén a halotti bizonyítványba más halálok kerül, mint az öngyilkosság?” kérdésre a megkérdezettek 31,6%-a felelt igennel. Ebben erősen szignifikáns területi különbség mutatkozott az alacsony szuicid veszélyeztetettségű térségek javára, ahol is jóval nagyobb arányban jelezték ezt a lehetőséget. Ugyanerre konkrétan is rákérdeztünk: *„Volt-e környezetében olyan öngyilkosság, amikor nem történt boncolás?”* Azok között, akik környezetében történt öngyilkosság, 9% volt a boncolások elmaradásának aránya, további 30% pedig nem tudta biztosan, hogy történt-e boncolás. Ezek a válaszok laikus hozzátartozói véleményekre támaszkodnak, csak intő jelként kezelendők.

Mindezekből látható, hogy a *szigorúan betartott igazságügyi orvosi* vizsgálat alapján történő haláloki besorolás és regisztrálás folyamatában is előfordulhatnak kisebb hibák, buktatók, melyek miatt a teljesen biztos valós állapotot nem tudják tükrözni, de az eltérés mértéke kicsiny és többnyire esetleges, ezért érdemi torzulást országos szinten nem okoznak. Ha minden országban megvalósulna ez a szintű regisztrálás, úgy a kutatások, preventív programok realitása lényegesen javulhatna.

ÖSSZEFOGLALÁS

Fentieket azért láttuk szükségesnek a hazai irodalomban is bemutatni, hogy ismertté tegyük a tényt: sok (köztük több igen jelentős lélekszámú) ország által közölt öngyilkossági ráta nem tükrözi az adott ország valós adatait. Ezek a torz statisztikai adatok láthatók a WHO adatbázisában is, ami több szempontból is komoly problémát okoz. Egyrészt nem ad lehetőséget az adott ország egészségpolitikájának adekvát tervezésére, a prevenciós programok megszervezésére, másrészt a nemzetközi adatok egy részének nem valós számaival nem lehet egzakt tudományos, összehasonlító kutatásokat végezni, a prevenciós próbálkozásokat (programokat) lemérni, valósnak tartani. Ezt az igen komoly problémát ismerik a WHO szakemberei is. A téves adatok az adott országok öngyilkossági regisztrációjának hibájából erednek. A klasszifikációs eljárások nincsenek nemzetközileg kötelezően meghatározva és ellenőrizve, ami mögött okként többnyire az igazságügyi orvosi (*medico-legal*) boncolások hiánya húzódik meg. Nagy populációjú

⁴³ Zonda T. – Paksi B.: Kutatási beszámoló az alföldi-dunántúli népesség sajátos lelki alkatainak, mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel, Budapest, Egészségügyi Minisztérium 2001.

országok (Egyesült Államok, Kanada, Egyesült Királyság stb.) a hagyományokhoz történő makacs ragaszkodás miatt az ún. coroner rendszert működtetik. A coronerek szakmai képzettsége, ítélkezési attitűdje rendkívül egyenetlen, ami a nem természetes halállal elhunyt személyek esetében markánsan torzítja az öngyilkosság pontos megállapítását és így a hivatalos statisztika validitását is, amiért az ezekből az országokból származó szuicidológiai adatok, tudományos felmérések, kutatások igen óvatosan kezelendők. Több szerző rámutatott, hogy egy *egységes nemzetközi megállapodás*, kötelező eljárási előírás megoldaná ezt a komoly problémát. Visszatetsző, hogy épp az igen nagy gazdasági potenciállal rendelkező országok hivatkoznak finánciális akadályokra.

Magyarországon a statisztikai rögzítés bevezetése óta az öngyilkosság diagnózisát hatósági boncolás biztosította és biztosítja. Immár nyugati szerzők is megállapították, hogy ahol minden nem természetes halálozás esetén igazságügyi orvosi boncolás történik, ott az öngyilkosságok száma magasabb lesz, ez a szám viszont a valós számokhoz közeli tényeket mutatja. A hazai öngyilkosság-regisztráció – a jelzett *esetleges, kismértékű torzulások* ellenére is – nemzetközi összehasonlításban is egyike a legpontosabbaknak.

BIBLIOGRÁFIA

- ATKINSON, M. W. – KESSEL, N. – DALGAARD, J. B.: The comparability of suicide rates, *British Journal of Psychiatry*, 1975, 127, 247–256.
- BATTEN, P. J. – HICKS, L. J.: The use of mental status in death certification of suicide, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1988, 9 (3), 203–206.
- BENNEWITH, O. – HAWTON, K. – SIMKIN, S. – SUTTON, L. – KAPUR, N. – TURNBULL, P. ET AL: See comment in PubMed Commons below The usefulness of coroners' data on suicides for providing information relevant to prevention, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2005, 35 (6), 607–14.
- BARRACLOUGH, B. M.: Differences between national suicide rates, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 122, 95–96.
- BARRACLOUGH, B. M.: The effect that coroners have on the suicide rate and the open verdict, in H. E. Hare – J. K. Wing (eds.): *Psychiatric Epidemiology*, London, Oxford University Press, 1970, 361–365.
- CANTOR, C. H. – LEENAARS, A. A. – LESTER, D.: Under-reporting of suicide in Ireland (1960–1989), *Archives of Suicide Research*, 1997, 3, 5–12.

- CARROLL, R. – HAWTON, K. – KAPUR, N. – BENNEWITH, O. – GUNNELL, D.: Impact of the growing use of narrative verdicts by coroners on geographic variations in suicide: analysis of coroners' inquest data, *Journal of Public Health*, 2012, 34 (3), 447–453.
- CASTRO, E. F. DE – PIMENTA, F. – MARTINS, I.: The truth about suicide in Portugal, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 80, 334–339.
- CHANG, S. S. – STERNE, J. A. – LU, T. H. – GUNNELL, D.: Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan, *Social Psychiatry and Epidemiology*, 2010, 45 (2), 43–52.
- CHAPPLE, A. – ZIEBLAND, S. – HAWTON, K.: A proper, fitting explanation?: suicide bereavement and perceptions of the coroner's verdict, *Crisis*, 2012, 33, (4), 230–238.
- CONNOLLY, J. F. – CULLEN, A.: Under-reporting of suicide in an Irish county, *Crisis*, 1995, 16 (1), 34–38.
- COOPER, P. N. – MILROY, C. M.: The coroner's system and under-reporting of suicide, *Medical Science of Law*, 1995, 35 (4), 319–326.
- DUNAI GY. – KELLER É. – SÓTONYI P.: *Rendkívüli halálozás Budapesten 1945–2010*, Budapest, Semmelweis, 2012.
- FARROW, R. – ARENSMAN, E. – CORCORAN, P. – WILLIAMSON, E. – PERRY, I. J.: Irish coroners' attitude towards suicide and its prevention, *Irish Journal of Medical Science*, 2009, 178 (1), 61–67.
- GUNNELL, D. – BENNEWITH, O. – SIMKIN, S. – COOPER, J. – KLINEBERG, E. – RODWAY, C. ET AL.: Time trends in coroners' use of different verdicts for possible suicides and their impact on officially reported incidence of suicide in England: 1990–2005, *Psychological Medicine*, 2013, 43 (7), 415–422.
- HANZLICK, R. – COMBS, D.: Medical examiner and coroner systems: history and trends, *JAMA*, 1998, 18, 279 (11), 870–874.
- JOBES, D. A. – BERMAN, M. – JOSSELSO, A. R.: Improving the validity and reliability of medico-legal certifications of suicide, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1987, 17 (4), 310–325.
- KAPUSTA, N. D. – TRAN, U. S. – ROCKETT, I. R. H. – DE LEO, D. – CHARLES, P. E. – NAYLOR C. H. ET AL.: Declining Autopsy Rates and Suicide Misclassification. (A cross-national analysis of 35 countries), *Archives of General Psychiatry*, 2011. Published online June 6. 2011, doi:10.1001/archgenpsychiatry. 2011. 66.
- KELLEHER, M. J. – CORCORAN, P. – KEELEY, K. L. – DENNEHY, K. – O'DONNELL, I.: Improving procedure for recording suicide statistics, *Irish Medical Journal*, 1996, 89, 14–15.

- KOLMOS, L. – BACH, E.: Sources of error in registering suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1987, 336, 76, 22–43.
- KSH Módszertani dokumentáció 2017. https://www.ksh.hu/mult_torteneti_kronologia
- LINSLEY, K. R. – SCHAPIRA, K. – KELLY, T. P.: Open verdict vs. suicide – importance to research, *British Journal of Psychiatry*, 2001, 189, 465–468.
- MAGYAR L.: A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról, Budapest, Semmelweis Egyetem Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet, 351/2013, (X. 4.) Kormányrendelet.
- MATHERS, C. D. F. – FAT, D. M. – INOUE, M. – RAO, C. – LOPEZ, A. D.: Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, *Bulletin of World Health Organisation*, 2005, 83 (3), 171–177.
- MCCARTHY, P. D. – WALSH, D.: Suicide in Dublin: The under-reporting of suicide and the consequences for national statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1975, 126, 301–308.
- MONK, M.: Epidemiology of suicide, *Epidemiologic Reviews*, 1987, 9, 51–69.
- MOYER, L. A. – BOYLE, C. A. – POLLOCK, D. A.: Validity of death certificates for injury-related causes of death, *American Journal of Epidemiology*, 1989, 130 (5), 1024–1032.
- NELSON, F. L. – FARBERROW, N. L. – MACKINNON, D. R.: The certification of suicide in eleven western states: an inquiry into the validity of reported suicide rates, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1978, 8 (2), 75–88.
- NEELEMAN, J. – WESSELY, S.: Changes in classification of suicide in England and Wales; Time trends and associations with coroners' professional backgrounds, *Psychological Medicine*, 1997, 27, 467–472.
- O'DONNELL, I. – FARMER, R.: The limitations of official suicide statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 458–461.
- OHBERG, A. – LONNQVIST, J.: Suicides hidden among undetermined Deaths, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98, 214–218.
- OVENSTONE, I. M. K.: A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, 15–21.
- PAKSI B.: Az öngyilkosság és a droggal kapcsolatos halálozás regisztrálása: fogalmak és problémák, in Elekes Zs. – Paksi B.: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*, Budapest, Társadalmi jelzőszám-füzetek, KSH, 2002, 30–41.
- PAKSI, B.: The analysis of suicide causes in the Hungary deviant region, Lecture on the 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Workshop C: Alcohol and suicide, Toronto, 30–31 May 1992.

- PALMER, B. S. – BENNEWITH, O. – SIMKIN, S. – COOPER, J. – HAWTON, K. – KAPUR, N. – GUNNELL, D.: Factors influencing coroners' verdicts: an analysis of verdicts given in 12 coroners' districts to researcher-defined suicides in England in 2005, *Journal of Public Health (Oxf.)*, 2015, 37 (1), 157–16.
- PHILLIPS, D. P. – RUTH, T. E.: Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993, 23, 307–319.
- SAINSBURY, P. – JENKINS, J. S.: The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research, *Journal of Epidemiological Community Health*, 1982, 36 (1), 43–48.
- SAMPSON, H. M. – RUTTY, G. N.: Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992–1997, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1999, 6, 72–76.
- SAUVAGEAU, A. – GRAHEM, R. J.: Forensic sciences in Canada, in D. H. Ubelaker (ed.): *The Global Practice of Forensic Science*, Chichester West Sussex, UK John Wiley & Sons, Ltd, 2015.
- STENGEL, E.: *Suicide and attempted suicide*, London, Pelican Books, 1971.
- VÄRNIK, P. – SISASK, M. – VÄRNIK, A. – LAIDO, Z. – MEISE, U. – IBELSHÄUSER, A. et. al.: Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices, *Forensic Science International*, 2010, 202, 86–92.
- WALKER, S. – CHEN, L. – MADDEN, R.: Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2008, 32 (2), 126–130.
- WHO HFA database, 2016. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- WHO Chronicle: *Suicide statistic: the problem of comparability*, 1976, 29, 188–193.
- ZONDA T.: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*, Budapest, Kairosz, 2006.
- ZONDA T. – PAKSI B.: *Kutatási beszámoló az alföldi-dunántúli népesség sajátos lelki alkatának, mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel*, Budapest, Egészségügyi Minisztérium, 2001.

KÖSZÖNET

A fejezet rövidebb változata megjelent az Akadémiai Kiadó egyik kiadványában. Felhasználásának engedélyét a szerző hálásan köszöni a kiadónak.

A KÖTET SZERZŐI



BÁLINT LAJOS, PhD

szociálpolitikus, szociológus, a földtudományok doktora. A Központi Statisztikai Hivatal Népszégtudományi Kutatóintézetének a főmunkatársa. Kutatási területe: térbeli adatok modellezése, halandóságitábla-elemzések, a hazai halandósági folyamatok, köztük az öngyilkosság térbeli és társadalmi sajátosságainak a vizsgálata.

BOZSONYI KÁROLY, PhD

a Károli Gáspár Református Egyetem Társadalom- és Kommunikációtudományi Intézetének vezetője, az egyetem egyik rektorhelyettese. PhD fokozatát az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán szerezte 2002-ben. Oktatási tevékenységének fókuszában a társadalomtudományok módszertani kérdései állnak. Tanított tantárgyai a matematikai statisztika, többváltozós statisztikai analízis, idősorelemzés, network-elemzés, média- és marketingkutatás. Jelentős számú hazai és nemzetközi tudományos közleményt jelentetett meg az öngyilkossági adatok elemzése tárgyában. Tudományos érdeklődése a Social Media elemzéseken túl a hálózatkutatásra, a térbeli adatok statisztikai modellezésére és a komputációs társadalomtudományra egyaránt kiterjed.

BÓDÁN ZSOLT, PhD

történész, etnográfus, a néprajz és a kulturális antropológia tudományok doktora, az Magyar Nemzeti Levéltár Békés Megyei Levéltárának osztályvezetője. Számos öngyilkossággal foglalkozó néprajzi tanulmány szerzője. Kutatási területe: a dualizmus kori polgári életmód, népi etika.

FÜLÖP ANDREA

Humán-biometeorológus, 2004-ben végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem meteorológus szakán. 2004-től az Országos Meteorológiai Szolgálat éghajlati szakértője. Fő érdeklődési köre a biometeorológia interdiszciplináris területének ismételt meghonosítása a tudományban. 2014 óta ennek a tantárgynak oktatása újrakezdődött az Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Karán a alapképzésben tanuló hallgatók számára. 2007-ben kezdte el az öngyilkosság és az éghajlat kapcsolatára vonatkozó kutatásait.

HEGEDŰS RITA, PhD

szociológus, egyetemi docens. Doktori értekezését 2001-ben védte meg. Mintegy húsz éve a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézetében oktat. Fő kutatási területei a vallásszociológia, a szubjektív jólét és az ikerség szociológiája. A Magyar Szociológiai Társaság Vallásszociológiai Szakosztályának társelnöke, az International Study of Religion in Central and Eastern Europe Association tagja.

KMETTY ZOLTÁN, PhD

szociológus, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán a Szociológia Intézet adjunktusa. Elsősorban politikai szociológia, hálózatkutatás, valamint módszertani fókuszú kutatásokban vesz részt. Több mint tíz éve foglalkozik öngyilkosság-kutatással, az utóbbi években a közösségi médiában megjelenő depressziós posztok szöveganalitikai elemzésével kapcsolatos kutatásokban vett részt.

MOKSONY FERENC

1983-ban diplomázott az Eötvös Loránd Tudományegyetem magyar-szociológia szakán. 1992-ben szerezte meg a szociológiai tudomány kandidátusa, 2003-ban pedig az Magyar Tudományos Akadémia doktora címet. A Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Intézetében dolgozik egyetemi tanári beosztásban. Elsősorban módszertani tárgyakat tanít, magyar és angol nyelven egyaránt. Fő kutatási területe a deviáns viselkedés szociológiája, de foglalkozik tudományszociológiai és ismeretelméleti témákkal is.

NAGY GABRIELLA

klinikai szakpszichológus. 1991-ben a The Samaritans londoni központjában tanulmányúton, 1992-ben a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében pszichoszomatika és kognitív pszichoterápiás képzésen vett részt. 1992-től a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház I. sz. Pszichiátriai osztályán klinikai pszichológus, 2010-ben klinikai szakpszichológus szakvizsgát tett. 2016-tól vezető szakpszichológus. 1995-től a kórház szorongás ambulanciájának vezetője, szuicidológiai kutatásokban is tevékeny.

OSVÁTH PÉTER, PhD

pszichiáter, pszichoterapeuta, a Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának docense. Egyik legfontosabb kutatási területe az öngyilkosság, évtizedek óta foglalkozik ennek elméleti és gyakorlati kérdéseivel, pszichológiai, kulturális, szociológiai és epidemiológiai jellemzőivel, valamint szuicid krízisben lévő páciensek kezelésével. Kutatási eredményeiről számos publikációban számolt be.

PALUSEK ERIK

szociológus, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán a Szociológia Doktori Iskola doktorjelöltje. Kiemelt kutatási területei: kisebbségkutatás, migrációkutatás, ifjúságkutatás, hálózatkutatás. Jelenleg az Európai Unió által támogatott YOUNIG projekt szerbiai csapatának tagjaként a fiatalok elvándorlásának okait és megfékezésének lehetőségeit kutatja Magyarországon.

PIKÓ BETTINA

orvos, szociológus, magatartáskutató, a Magyar Tudományos Akadémia doktora. A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán a Magatartástudományi Intézet egyetemi tanára. Kutatásai felölelik az egészségmagatartás, a káros szenvedélyek és a problémaviselkedés rizikó- és protektív faktorait, mint például a vallás és spiritualitás, a társas készségek, a reziliencia. Tudományos érdeklődése kiterjed az orvosi szociológia, az egészségpszichológia és a társadalomlélektan területeire is.

TÓTH MÓNKA DITTA, PhD

tanácsadó szakpszichológus, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének egyetemi adjunktusa. Doktori fokozatát az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálatából szerezte. Több, nemzetközi öngyilkosság- és depresszió megelőző program hazai megvalósításában vett részt. Az Országos Közegészségügyi Intézetben jelenleg is egy országos, lelkiegészség-prevenációs program kialakításában vesz részt.

ZONDA TAMÁS, PhD

neurológus, pszichiáter, öngyilkosság-kutató, író, a Károli Gáspár Református Egyetem címzetes egyetemi tanára. A Magyar Szuicidium-Prevenációs Társaság ügyvezető elnöke, két öngyilkosság-kutató prevenációs világszervezet tagja (IASR, IASP), az utóbbinak 1995 és 2015 között nemzeti reprezentánsa volt. Az öngyilkosság-kutatásról három könyve, tizenöt könyvfejezete és nyolcvan feletti tudományos közleménye jelent meg.

A SOROZATBAN EDDIG MEGJELENT



MONOGRÁFIA

Lovász Irén: *Szokrális kommunikáció*

Galsi Árpád: *Jakab, az Úr testvére*

Pap Ferenc: *Templom mint teológia. Kulcsok az Ezékiel 40-48. értelmezéséhez*

Tóth Sára: *A képzelet másik oldala.*

Irodalom és vallás Northrop Frye munkásságában

Tari János: *A néprajzi és az antropológiai filmkészítés.*

Történeti, elméleti és gyakorlati példák

Buda Béla: *Empátia. A beleélés lélektana*

Németh Dávid: *Pasztorálantropológia*

Szenczi Árpád: *Az ember természete – természetes(en) nevelés.*

A reformpedagógia egy lehetséges reformja

Váradi Ferenc: *Vázlatok az óvodai anyanyelvi-irodalmi nevelésről*

Semsey Viktória (szerk.): *Latin-Amerika 1750–1840.*

A gyarmati rendszer felbomlásától a független államok megalakulásáig

Bagdy Emőke: *Pszichofitness. Kacagás – kocogás – lazítás*

Balázs Siba: *Life Story and Christian Metanarration. The importance of the research results of narrative identity to practical theology*

Kocziszký Éva: *Antifilozófusok*

– Huszonöt időszerű kérdése a kereszténységhez

Honti László: *Magyar nyelvtörténeti tanulmányok*

Szumner Csaba: *Freud, avagy a modernitás mítosza*

Kun Attila: *A munkajogi megfelelés ösztönzésének újszerű jogi eszközei*

Dr. Lenkeyné dr. Semsey Klára: *Életútinterjú*

Görözdí Zsolt: *Protestáns egyházértelmezés a reformáció századában a jelentősebb egyházi rendtartásokban*

- Békési Sándor: *Sisi személyének teológiai portréja*
Török Emőke: *Munka és társadalom.*
A munka jelentésváltozásai a bér munkán innen és túl
- Sepsi Enikő: *Pilinszky János mozdulatlan színháza*
Mallarmé, Simone Weil és Robert Wilson műveinek tükrében
- Erdélyi Ildikó: *A lélek színháza. A pszichodráma és az önismeret útjai*
Szummer Csaba: *Pszichedelikumok és spiritualitás*
- Papp Sándor: *Török szövetség – Habsburg kiegyezés.*
A Bocskai-felkelés történetéhez
- Bolyki János: *Teológia a szószéken és a katedrán*
Balogh Eszter: *Túlélési stratégiák a magyar gazdaságban.*
Esettanulmányok a 2000-es évek elejéről.
- Falussy Lilla: *Trendek a kortárs olasz drámában*
- Bekő István Márton: *Jézus csodáiról szóló elbeszélések Márk evangéliumában*
- Kovai Melinda: *Lélektan és politika. Pszichotudományok a magyarországi államszocializmusban 1945–1970*
- Spannraft Marcellina: *Költészet és szakralitás*
- Németh István: *Műtárgyak a boncteremben. Tanulmányok az orvoslás és a képzőművészet tárgyköréből*
- Homicsko Árpád Olivér: *A magyar társadalombiztosítási és szociális ellátások rendszere*
- Fabiny Tibor: *Az eljövendő árnyékai. A figurális tipológiai olvasás*
- Szetey Szabolcs: *Adatok a magyar református prédikációs gyakorlat újraértékeléséhez 1784–1878 között*
- Balogh Tamás: *Huizinga Noster.*
Filológiai tanulmányok J. Huizinga magyar recepciójáról
- Dávid Gyula: *Angol fogalmi idióma szótár.*
Angol idiómák és magyar megfelelőik
- Beke Albert: *Gyulai Pál személyisége és esztétikája*
Németh Dávid: *Vallásdidaktika.*
A hit- és erkölcstan tanítása az 5–12. osztályban

- Papp Ágnes Klára: *A tér poétikája – a poétika tere. A századfordulós kisvárostól az ezredfordulós terekig a magyar irodalomban*
- Lányi Gábor János: *A kálvinizmus nyitánya. Berni zwingliánusok és francia-svájci kálvinisták vitája az egyházfegyelem gyakorlásáról*
- Kovács Dávid: *Nemzetfelfogás és történelemszemlélet a 20. századi Magyarországon*
- Pap Ferenc: *Az egyházi év*
- Farkas Ildikó: *A japán modernizáció ideológiája*
- Horváth Csaba: *Megtalált szavak*
- Csízay Katalin: *Az ideális vezető politikus alakja a görög-római hagyományban*
- Siba Balázs: *Pasztorálteológia*
- Indries Krisztián – Szummer Csaba: *Freud és a felkelő nap országa*
- Bognárné Kocsis Judit: *A vallás mint forrás Karácsony Sándor nevelési koncepciójában*

TANULMÁNYKÖTET

- Császár-Nagy Noémi, Demetrovics Zsolt, Vargha András (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja.*
Prof. dr. Bagdy Emőke 70. születésnapjára készített emlékkötet
- Szávay László (szerk.): „*Vidimus enim stellam eius...*”
- Petrőczy Éva, Szabó András (szerk.): *A zsoltár a régi magyar irodalomban*
- Horváth Erzsébet, Literáty Zoltán (szerk.): *Történelmet írunk. Tanulmánykötet Ladányi Sándor tiszteletére 75. születésnapja alkalmából*
- Czeglédy Anita, Fülöp József, Ritz Szilvia (szerk.): *Inspirationen. Künste im Wechselspiel*
- Gudor Botond, Kurucz György, Sepsi Enikő (szerk.): *Egyház, társadalom és művelődés Bod Péter korában*
- Péti Miklós, Ittész Gábor (szerk.): *Milton Through the Centuries*
- Kendeffy Gábor, Kopeczky Rita (szerk.): *Vallásfogalmak sokfélesége*

Zsengellér József, Trajtler Dóra Ágnes (szerk.): „A Szentek megismerése ad értelmet.” *Conferentia Rerum Divinarum* 1–2.

Trajtler Dóra Ágnes (szerk.): *Tan és módszertan. Conferentia Rerum Divinarum* 3.

Pap Ferenc, Szetey Szabolcs (szerk.): *Illés lelkével. Tanulmányok Báthori Gábor és Dobos János lelkipásztori működéséről*

Somodi Ildikó (szerk.): *A mindennapos művészeti nevelés megvalósulásának lehetőségei. Értékközvetítés a művészeti nevelésben*

Dávid István (szerk.): *Merre tovább kántorképzés? Gondolatok egy konferencián – Nagyőrös, 2012. október 5.*

Hansági Ágnes, Hermann Zoltán (szerk.): *Jókai & Jókai*

Dringó-Horváth Ida, N. Császi Ildikó (szerk.): *Digitális tananyagok – oktatás-informatikai kompetencia a tanárképzésben*

Erdélyi Ágnes, Yannick François (szerk.): *Pszichoanalitikus a társadalomban*

Fülöp József, Mirnics Zsuzsanna, Vassányi Miklós (szerk.): *Kapcsolatban – Istennel és emberrel. Pszichológiai és bölcsészeti tanulmányok*

Pap Ferenc (szerk.): *Dicsőség tükre. Művészeti és teológiai tanulmányok*

Tóth Sára, Fabiny Tibor, Kenyeres János, Pásztor Péter (szerk.): *Northrop Frye 100: A Danubian Perspective*

Spannraft Marcellina, Sepsi Enikő, Bagdy Emőke, Komlósi Piroska, Grezsa Ferenc (szerk.): *Ki látott engem? Buda Béla 75*

Komlósi Piroska (szerk.): *Családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítés*

Dringó-Horváth Ida, Fülöp József, Hollós Zita, Szatmári Petra, Czeglédy Anita, Zakariás Emese (szerk.): *Das Wort – ein weites Feld*

Fülöp József (szerk.): *A zenei hallás*

József Fülöp, Szilvia Ritz (Hg.): *Inspirationen II*

Tóth Sára, Kókai Nagy Viktor, Marjai Éva, Mudriczki Judit, Turi Zita, Arday-Janka Judit (szerk.): *Szólító szavak. The Power of Words. Tanulmányok Fabiny Tibor hatvanadik születésnapjára*

Lázár Imre, Szenczi Árpád (szerk.): *A nevelés kozmológusai. Kodály Zoltán, Karácsony Sándor és Németh László megújuló öröksége*

Erdélyi Erzsébet, Szabó Attila (szerk.): *A hit erejével. Pedagógiai tanulmányok*

Makkai Béla (szerk.): *A Felvidék krónikása.*

Tanulmányok a 70 éves Popély Gyula tiszteletére

Farkas Ildikó, Sági Attila (szerk.): *Kortárs Japanológia I.*

Gér András László, Jenei Péter, Zila Gábor (szerk.): *Hiszek, hogy megértsem*

Simon-Székely Attila (szerk.): *Lélekenciklopédia.*

A lélek szerepe az emberiség szellemi fejlődésében

Papp Ágnes Klára, Sebők Melinda, Zsávolya Zoltán (szerk.):

Nemzet sors identitás

Vassányi Miklós, Sepsi Enikő, Voigt Vilmos (szerk.): *A spirituális közvetítő*

Julianna Borbély, Katalin G. Kállay, Judit Nagy, Dan H. Popescu (eds.):

English Language & Literatures in English 2014

Sepsi Enikő, Lovász Irén, Kiss Gabriella, Faludy Judit (szerk.):

Vallás és művészet

Bubnó Hedvig, Horváth Emőke, Szeljak György (szerk.): *Mítosz, vallás és egyház Latin-Amerikában. A Boglár Lajos emlékkonferencia tanulmánykötete*

Czeglédy Anita, Sepsi Enikő, Szummer Csaba (szerk.):

Tükör által – Tanulmányok a nyelv, kultúra, identitás témaköréből

Méhes Balázs (szerk.): *Lelki arcunk. Tanulmányok Szenczi Árpád hatvanadik születésnapja alkalmából*

Spannrafft Marcellina, Korpics Márta, Németh László (szerk.): *A család és a közösség szolgálatában. Tanulmányok Komlósi Piroska tiszteletére*

Horváth Csaba, Papp Ágnes Klára, Török Lajos (szerk.):

Párhuzamok, történetek. Tanulmányok a kortárs közép-európai regényről

Anka László, Kovács Kálmán Árpád, Ligeti Dávid, Makkai Béla,

Schwarczwölder Ádám (szerk.): *Natio est semper reformanda.*

Tanulmányok a 70 éves Gergely András tiszteletére

Fülöp József, Mészáros Márton, Tóth Dóra (szerk.): *A szél fúj, ahová akar.*

Bölcsészettudományi dolgozatok

Zsengellér József, Kodácsy Tamás, Ablonczy Tamás (szerk.): *Felelet a mondolatra. Tanulmányok a 60 éves Bogárdi Szabó István tiszteletére*

Borgulya Ágnes, Konczosné Szombathelyi Márta (szerk.): *Vállalati kommunikációmenedzsment*

Szávay László, Gér András László, Jenei Péter (szerk.): *Hegyen épült város.*
Válogatás a Fiatal Kutatók és Doktoranduszok Nemzetközi
Teológuskonferencián elhangzott előadások anyagából.

Wakai Seiji, Sági Attila (szerk.): *Kortárs Japanológia II.*

Sepsi Enikő: *Kép, jelenlét, kenózis a kortárs francia költészetben és Valère*
Novarina színházában

Sepsi Enikő, Tóth Sára (szerk.): *Mellézkörej.*
Írások Visky András hatvanadik születésnapjára

Erdélyi Erzsébet, Szabó Attila (szerk.): *Az üzenetjét, azt kell megbecsülni.*
Tanulmányok Barabás László hetvenedik születésnapja alkalmából

Kendeffy Gábor, Vassányi Miklós (szerk.): *Istenfogalmak és istenérvek a világ*
filozófiai hagyományaiban

Bárdi Nándor, Éger György (szerk.): *Magyarok Romániában 1990–2015.*
Tanulmányok az erdélyi magyarságról

Zila Gábor: *Hitetek mellé tudományt*

Kiss Paszkál, Tóth Dóra (szerk.): *Ubi dubium, ibi libertas.*
Tudományos diákköri dolgozatok

Julianna Borbély, Borbála Bökös, Katalin G. Kállay, Judit Nagy,
Ottília Veres, Mátyás Bánhegyi and Granville Pillar (eds.):
English language & literatures in English 2016

Spannrafft Marcellina, Tari János (szerk.): *A kultúraátörökítés médiumai*
László Emőke (szerk.): *A szolgálat ékessége.*

Tanulmányok Fruttus István Levente hetvenedik születésnapja alkalmából

Spannrafft Marcellina (szerk.): *Tertium datur.*
Tanulmányok Lázár Imre tiszteletére

Bárdi Árpád, Gombos Norbert, Tóth Etelka (szerk.):
Kisgyermeknevelés a 21. században

Lányi Gábor János (szerk.): *A reformáció örökségében élve.*
A reformáció hatása a teológiai oktatásra

Dróth Júlia (szerk.): *Gépiesség és kreativitás a fordítási piacon és a*
fordításoktatásban

Lator László Iván (szerk.): *Sorsok és missziók a politikai változások tükrében*
Literáty Zoltán (szerk.): *Quoniam tecum est fons vitae in lumine tuo videbimus lumen. Teológiai témák a 65 éves Kocsev Miklós tiszteletére*

MŰFORDÍTÁS, FORRÁS

Giovanni Pico della Mirandola:
Benivieni neoplatonista versének kommentárja (Fordította: Imregh Monika)

Alice Zeniter: *Szomorú vasárnap, avagy a semmi ágán* (Fordította: Kovács Veronika, szerkesztette és a bevezetőt írta: Sepsi Enikő)

Szent Ágoston: *Írások a kegyelemről és az eleve elrendelésről* (Fordította, válogatta és a bevezetőt írta: Hamvas Endre)

Paul Claudel: *Délforduló* (Fordította: Székely Melinda)

Veerle Fraeters, Frank Willaert, Louis Peter Grijp (szerk.): *Hadewijch: Dalok*
(Fordították: Daróczi Anikó, Rakovszky Zsuzsa)

Landauer Attila (szerk.): *A Kárpát-medencei cigányság és a keresztyén egyházak kapcsolatának forrásai (1567–1953)*

Yves Bonnefoy: *Hollán Sándor.*
Harminc év elmékedései, 1985–2015 (Fordították: Gulyás Adrienn, Kovács Krisztina, Kovács Veronika, Makádi Balázs, Sepsi Enikő)

Vassányi Miklós (írta, fordította, szerkesztette): *Szellemhívók és áldozárok. Sámánság, istenképzetek, emberáldozat az inuit (eszkimó), azték és inka vallások írásos forrásaiban.*

Rauni Magga Lukkari, Inger-Mari Aikio: *Örökanyák - Világlányok.*
Számi versek (Fordították: Domokos Johanna, Németh Petra)

Rajvinder Singh: *Hat szemmel. Német, angol, hindi és pandzsábi versek*
(Szerkesztette: Domokos Johanna. Fordították: Tibold Katalin, Széles Beáta, Domokos Johanna)

Günter Eich: *Katharina és más elbeszélések*
(Válogatta, szerkesztette és az utószót írta: Fülöp József)

Augusto Monterroso: *A fekete Bárány és más mesék*
(Szerkesztette, fordította és az utószót írta: Fülöp József)

Michael Galuske: *A szociális munka módszerei. Bevezetés*
(Fordította: Udvari Kerstin, szerkesztette: Bányai Emőke)

L'HARMATTAN FRANCE-HONGRIE, COLLECTION KÁROLI

Anikó Ádám, Enikő Sepsi, Stéphane Kalla (szerk.):
Contempler l'infini

Tibor Fabiny, Sára Tóth (eds.): *The King James Bible (1611–2011).*
Prehistory and Afterlife

Katalin G. Kállay, Mátyás Bánhegyi, Ádám Bogár, Géza Kállay, Judit Nagy,
Balázs Szigeti (eds.): *The Arts of Attention*

Katalin G. Kállay, Nóra D. Nagy, Elizabeth Walsh, Ádám Fónai, Béla Erik
Haga, Péter Káplár, Krisztina Milovszky, Gergely Molnár, Dorina
Obrankovics, Tamás Szanyi (eds.): *This is Just to Say.*
A Collection of Creative Student-Responses

György Kurucz (ed.): *Protestantism, Knowledge and the World of Science*

Brigitte Geißler-Piltz, Éva Nemes, Sijtze de Roos (eds.): *Inspire and Be
Inspired. A Sample of Research on Supervision and Coaching in Europe*

Johanna Domokos: *Endangered literature. Essays on Translingualism,
Interculturality, and Vulnerability 2018*

Tíme Kovács: *Code-Switching and Optimality*

Viktória Semsey (ed.): *National Identity and Modernity 1870–1945.*
Latin America, Southern Europe, East Central Europe

L'Harmattan France
5-7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email: diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 TORINO
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

Tördelés: Molnár Andrea
Borító: Kára László
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter